**威海市立医院医疗设备调研材料目录**

欢迎生产企业、经营企业以及潜在供应商参与我院设备采购调研，同时提交产品资料。本次公告为采购前调研，非正式采购公告。有意向者必须提供符合我院要求的报名材料。

**一、报名材料要求**

1.**报名文件：[（1）以压缩文件包的形式发送到邮箱whslyyzbzb@163.com；](mailto:（1）以压缩文件包的形式发送到邮箱whslyyzbb5208592@163.com；)**

（2）邮件标题为：项目编号（公告标题下面编号）+报名设备名称及序号+报名公司名称；例如：ZB20250501-4-放射防护用品-威海某公司；报名多个序号产品，每个序号产品文件要独立压缩。

（3）压缩文件包包括：纸质文件的扫描件文件PDF版、设备技术参数文件WORD版、分项报价文件WORD版、耗材采购信息Word版等

2.报名供应商要保证所提供的各种材料真实、有效、齐全，承担相应的法律责任。

**二、纸质版材料装订顺序：**

1.封面：详见**附件1。**

2.调研项目报名表：详见**附件2。**

3.企业信用承诺书（请填写**附件3**）。

4.含完整配置的设备报价表：详见附件4.

5.相关资质：（1）产品资质：产品注册证/备案凭证（非医疗器械说明），并附一份查询注册证时的药监部门网站截图（盖公章）。注册证号/备案凭证如有变更文件请务必提供完整。产品彩页、产品说明书、铭牌、产品实物图片等。（2）厂家资质：如参与调研单位为生产厂家，提供营业执照、医疗器械生产许可证、医疗器械经营许可证。（3）区域代理商或经销商资质（不接受威海市立医院专项授权，授权期半年或以上）：如参与调研单位为代理商，需提供厂家资质、生产厂家给代理商的授权，各级代理商的企业营业执照、医疗器械经营许可证；（4）如参与调研单位为经销商，需提供上述厂家资质、各级代理商资质、代理商给经销商的授权、经销商的营业执照、医疗器械经营许可证。（5）参与调研业务的人员授权：参与调研公司法人给业务员的授权书，公司法人和业务员（被授权人）的身份证复印件，以及该业务员在参与调研公司所缴纳社保证明（近半年以上）。

6.产品技术参数及配置清单，详见附件5。

7.产品安装场地、操作人员资质等要求（请参考附件6填写）

8.市场同类同档次产品的性能对比，详见附件7。可说明拟报名品牌产品独有或优势功能、技术：参数对比其他产品的优势。如没有可不填写。进口产品，要阐明国产无法替代的理由。

9.产品市场占有及销售记录：提供产品销售记录（三级医院排在前面，近三年销售排在前面，包括我院采购记录），填写附件8，并提供中标通知书、完整合同、配置、发票（发票建议提前查验，避免出现冲红发票等问题）。

10.产品售后服务方案：产品质保期原则要求3年及以上，如涉及专机专用耗材/试剂/易损配件，请填写附件9相关表格，并提供相应资质文件、产品介绍、销售记录等资料。

11.调研材料真实性及购销廉洁声明（见附件10）。

12.上述材料正本必须每页加盖报名公司的公章，复印公章无效。

**附件**1**：**

威海市立医院

\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*项目

报

名

文

件

单位名称： （盖单位章）

法定代表人或其委托代理人： （签字）

年 月 日

**附件2：**

**威海市立医院医疗设备调研项目报名表**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **项目名称** | | **\*\*\*\*\*\***（医疗设备名称） | | | |
| **序号** | **项目信息** | | | **相关附件名称** | **附件页码** |
| **1** | **报名单位信息** | 公司名称 |  | ①营业执照  ②经营备案  ③经营许可证 |  |
| 详细地址 |  |
| 统一社会信用代码 |  |
| 法定代表人姓名 |  |
| 报名单位身份 | □生产厂家  □代理商  □经销商 | ④制造商授权书 |  |
| **2** | **报名人**  **信息** | 姓 名 |  | ⑤法人授权委托书 |  |
| 身 份 | □法定代表人  □委托代理人 |
| 身份证号码 |  |
| 联系电话 |  |
| 邮 箱 |  |
| **3** | **报名产品信息** | 品牌型号 |  | ⑥医疗器械注册证及附件 |  |
| 产品产地 |  |
| 注册证号/备案凭证 |  |
| 设计使用年限 |  |
| 注册证有效期 |  |
| 是否进口设备 | □是 □否 |
| 有无专机专用耗材/试剂/易损配件 | □是 □否 |
| **4** | **制造商信息** | 制造商名称 |  | ⑦营业执照  ⑧生产许可证  ⑨生产备案凭证 |  |
| 详细地址 |  |
| 是否中小企业 | □是 □否 |  |  |

**附件**3**：**

**企业信用承诺书**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **单位名称** |  | **统一社会信用代码** |  |
| **法定代表人** |  | **联系人** |  |
| **联系地址** |  | **联系电话** |  |
| **诚信档案记录情况** | 是否被列入失信被执行人 □是 □否 | | |
| **信用承诺** | 我公司自愿参加贵院组织的本次采购活动，严格遵守《中华人民政府采购法》及相关法律法规，坚守公开、公平、公正和诚实信用的原则，依法诚信经营，无条件遵守本次政府采购活动的各项规定。我们郑重承诺，本公司符合《政府采购法》第二十二条规定的条件，包括:具有独立承担民事责任的能力;具有良好的商业信誉和健全的财务会计制度;有履行合同所必需的设备和专业技术能力;有依法缴纳税收和社会保障资金的良好记录:参加政府采购活动前三年内，在经营活动中没有重大违法记录:符合法律、行政法规和采购文件规定的其他条件。如有弄虚作假或其他违法违规行为，原承担一切法律责任，接受各级政府采购监管部门和有权机关的审查和处罚。  企业名称（盖章）：  法定代表人（签字）：  二〇 年 月 日 | | |

**附件4：**

**参与调研产品报价（含完整配置的报价）**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **产品名称** | **品牌型号** | **注册证及有效期** | **使用年限（与铭牌一致）** | **生产厂家及联系电话** | **供应商及联系电话** |
|  |  |  |  |  |  |
| **质保期3年的设备价格（单位：万元）** | |  | | | |

**附件5：**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **产品技术参数** | | | |
| **序号** | **技术参数名称** | **技术参数要求描述** | **与同类产品比较，具有何种优势** |
| 1 |  |  |  |
| 2 |  |  |  |
| 3 |  |  |  |
| 4 |  |  |  |
| 5 |  |  |  |
| 6 |  |  |  |
| 7 |  |  |  |
| 8 |  |  |  |
| 9 |  |  |  |
| 10 |  |  |  |
| 11 |  |  |  |
| 12 |  |  |  |
| 13 |  |  |  |
| 14 |  |  |  |
| 15 |  |  |  |
| 16 |  |  |  |
| 17 |  |  |  |
| 18 |  |  |  |
| 19 |  |  |  |
| 20 |  |  |  |

**附件6：**

**医疗设备场地安装条件需求**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **设备名称** | **品牌** | **型号** | **空间要求（宽\*深\*高mm）** | **自身重量（kg）** | **供电要求** | **供水要求** | **环境要求** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| 其他要求（人员资质、感染防控等、基建、防护、屏蔽、信息化等） |  | | | | | | |

**附件7**

**市场同档次主流品牌对比（不少于2个）**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **参数内容** | **拟报名品牌型号产品** | **其他品牌1** | **其他品牌2** | **其他品牌3** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**附件8：**

**报价品牌型号设备销售记录**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **医院名称** | **购买时间** | **成交价格（万元）** | **重要配置** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**（此表中配置只填写对价格有影响的内容）**

**附件9：**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **专机专用耗材/试剂报价单** | | | | | | | | | |
| **序号** | **产品名称（注册证名称）** | **生产厂家（品牌）** | **规格** | **型号** | **注册证号** | **单位** | **单价** | **国家27位编码** | **备注** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **易损配件报价单** | | | | | | | | | |
| **序号** | **产品名称**  **（如果配件单独注册，请填写注册证名称）** | **生产厂家（品牌）** | **规格** | **型号** | **注册证号** | **单位** | **报价** | **易损配件更换条件** | **备注** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**附件10：材料真实性及购销廉洁声明**

承诺书

威海市立医院：

针对贵院此次调研，我公司郑重承诺：所提供资料真实有效，无任何虚假成分。如有虚假，由此产生的一切后果由本公司承担。

为进一步加强医疗卫生行风建设，规范医疗卫生机构医药销售行为，有效防范商业贿赂行为，营造公平交易、诚实守信的购销环境，我公司郑重承诺并遵守：

一、我方按照《民法典》及本承诺购销医用设备、耗材、试剂。

二、我方不以回扣、宴请等方式影响医院工作人员采购或使用产品的选择权，不在学术活动中提供旅游、超标准支付食宿等费用。

三、我方指定销售代表承诺在工作时间到医院指定地点联系商谈，不到住院部、门诊部、医技科室等推销产品，不借故与工作人员访谈并提供任何好处费等。

四、我方如违反本承诺，一经发现，医院有权终止购销合同，并向有关行政部门报告。如我方被列入商业贿赂不良记录，则严格按照相关规定处理。

公司（签章）

年 月 日