**市场调研资料**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 报名单位 | ： |  |
| 法定代表人 | ： |  |
| 地址 | ： |  |
| 联系人 | ： |  |
| 联系方式 | ： |  |

**目录**

一、医用设备市场调研一览表 1

二、 承诺函 3

三、 报名单位、产品生产厂家三证及相关授权 4

1、 供应商资质《营业执照》 4

2、《医疗器械经营企业许可证》或《二类备案》（如报名产品属于医疗器械，则供应商需具备报名产品经营资格） 5

3、业务代表授权书 6

4、 法人、业务代表身份证复印件 7

5、生产企业资质-营业执照（进口产品需提供国内总代资质） 8

8、销售授权书 10

四、产品医疗器械注册证 11

五、产品彩页 12

六、产品的技术参数、配置清单 13

1、 技术参数 13

2、 配置清单 13

七、近两年内能体现同品牌型号的价格证明材料（中标通知书或合同，深圳地区三级医院优先） 14

八、售后服务的内容及措施 15

九、医用耗材产品报价表（包含选配件、零配件及易损件） 16

# 一、医用设备市场调研一览表

|  |  |
| --- | --- |
| 项目名称 |  |
| 最低报价(元)（每台/套） |  |
| 是否有现货 |  |
| 供货期限(天) |  |
| 注册证号 |  |
| 注册证名称 |  |
| 型号 |  |
| 品牌 |  |
| 厂家 |  |
| 产地 |  |
| 用途及功能 |  |
| 配置清单 |  |
| 易损零配件价格 |  |
| 耗材价格 |  |
| 原厂保修年限(至少三年) |  |
| 出保后年度维保价格（元，每台/套） |  |
| 人员培训 |  |
| 其他支持 |  |
| 用户名单(国内知名医院/省内、市内、区内公立医院) |  |
| 报名厂家或代表 |  |
| 联系人 |  |
| 联系方式 |  |
| 备注 | 1、一览表每一页都盖公章 |

# 承诺函

致：深圳市前海蛇口自贸区医院

我司在认真审阅了院方产品调研有关文件后，我方决定按照相关规定，自愿参加贵院XXXXXXXXXXXXX(采购内容)的产品调研活动，我方保证所提供的全部资格证明文件的真实性、合法性。

我方将按照院方的要求按时提供中选产品，并保证产品货源的合法性、可靠性及质量，确保采购合同的履行。

我方承诺，在既往和本次询价/采购活动无任何违规违法行为。

在正式采购合同签订之前，本承诺书将构成约束双方的协议，如我方有违背之处，将承担相应责任及损失。

报名供应商（盖章）：

法定代表人（签字）：

出 具 日 期： 年 月 日

# 报名单位、产品生产厂家三证及相关授权

## 供应商资质《营业执照》

## 2、《医疗器械经营企业许可证》或《二类备案》（如报名产品属于医疗器械，则供应商需具备报名产品经营资格）

## 3、业务代表授权书

致:深圳市前海蛇口自贸区医院：

XXXXXXXXXXXXXXXX(公司名称)法人XXX（法人姓名）、身份证号XXXXXXXXXXXXXXXXXX在此授权我公司业务代表XXX（业务代表姓名）、身份证号XXXXXXXXXXXXXXXXXX代表我公司前来贵院承办XXXXXXXXXXXX(项目名称)产品调研有关业务（包括提交资格证明材料、提交询价文件、参与产品调研、签订与执行采购合同、提供售后服务等），并以本公司名义处理一切与之有关的事务。

本授权书于 年 月 日签字生效，特此声明。

有效期至： 年 月 日（至少6个月以上）

公司名称：

公司地址：

公司法定代表人签字、公司盖章：

公司业务代表人（被授权人）签字：

公司业务代表人（被授权人）联系电话：

## 法人、业务代表身份证复印件

## 5、生产企业资质-营业执照（进口产品需提供国内总代资质）

**6、生产企业资质-生产许可证**

## 8、销售授权书

要求：

1.代理商参加我院医疗设备采购项目时，所报名产品必须具有区域（含）以上代理权；若为区域代理商需提供“生产厂家授予中国总代”、“中国总代授予区域”的授权书；

 2.**授权有效期：≥1年**；

3.授权书的格式不限，但必须具有授权单位与授权人的公章、签章，授权销售区域，授权期限（起止日期）等主要内容。

 4.生产厂家直接报名的不需此证书。

# 四、产品医疗器械注册证

（如供应商（生产商）报名的产品属于医疗器械或医疗耗材，必须提供医疗器械注册证；如供应商拟报名产品不属于医疗器械或医疗耗材，需提供由国家食品药品监督管理总局发布的不作为医疗器械管理的产品界定通知或自行出具声明盖章，声明不属于医疗器械或仅用于科研。）

# 五、产品彩页

# 六、产品的技术参数、配置清单

## 技术参数

## 配置清单

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **配置名称** | **规格型号** | **原产地** | **制造商名称** | **数量** | **报价（元）** | **描述** | **其它** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 总价 |  |  |  |

报名单位授权代表签字:

报名单位(盖章):

# 七、近两年内能体现同品牌型号的价格证明材料（中标通知书或合同，深圳地区三级医院优先）

# 八、售后服务的内容及措施

说明需包含且不仅限于以下内容：

（1）到货时间；

（2）如遇机器故障或发生不良事件等情况，供应商的解决办法：是否有备用机，响应时间，紧急联系人，维修时长等。

# 九、医用耗材产品报价表（**包含选配件、零配件及易损件-必填**）

| **序号** | **通用名称** | **医疗器械注册证名称** | **注册证规格/型号** | **注册证号** | **品牌** | **生产厂家名称** | **是否专机专用** | **耗材、选配件、零配件及易损件** | **材质（进口/国产）** | **单位** | **价格（元）** | **备注** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 |  | 例：纤维根管桩修复系统 | 例：001例：X-B | 例：国械注准2017.... |  | 例：全称 | 例：否 | 例：耗材 | 例：国产 | 例：个 |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

报名单位授权代表签字:

报名单位(盖章):