兴化市中医院

 耗材遴选项目

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

**目 录**

1、报名表

2、报名产品目录表

**第一部分：产品资质**

3、产品信息登记表（为第2页）；消毒类耗材填写附件2

4、江苏省医疗保障公共服务平台产品挂网截图

5、产品介绍：包括（1）原理、（2）材料组成、（3）适应症、（4）禁忌症、（5）主要不良事件、（6）是否需要特殊保存；

6、产品证照：产品注册证、注册登记表及附页、注册证附件产品技术要求、产品技术标准等；医疗器械生产许可证（国产产品）、生产企业简介等。过期注册证的延期通知视为有效，受理通知视为无效。

7、消毒剂、消毒耗材、消毒器械等消毒感控类产品须提供消毒产品生产企业卫生许可证、国产消毒剂和消毒器械卫生许可批件、消毒产品卫生安全评价报告、消毒效果检验报告、消毒产品安全评价报告备案登记表等合格产品证明材料；

8、产品说明书；**厂家印刷版彩页**；样品；进口产品需附中文翻译件；

9、近三年本产品在医疗机构销售情况，提供合同复印件、发票复印件等，**涂抹无效**

10、产品近期成交记录（6个月内的发票复印件）

**第二部分：投标人资质**

1、单位营业执照、医疗器械经营许可证；

2、法定代表人授权书（原件）以及被授权代理人身份证复印件，并同时提供自采购文件发布之日起前连续六个月的法定代表人授权代表缴纳社保的证明。

3、产品各级代理授权书（授权期限、授权销售的品种、地域、期限），可追溯到生产企业的产品授权链；

4、各级代理企业的法人营业执照（需有最新的企业年检专用章）和《医疗器械经营许可证》（备案证）；企业公章、合同专用章等原印样章；税票样式；

5、各级业务代表授权书及身份证复印件（授权期限）；

6、近二年投标人医疗机构销售记录：同类项目实施情况一览表、提供合同复印件、发票复印件等，**涂抹无效**。

7、**投标人本产品配送在江苏省医疗保障服务平台的截图**。

8、投标人上一年度财务报表（包括资产负债表和损益表）。

9、信用中国资信截图。

10、廉洁购销承诺

10、购销诚信承诺书

**说明：**

**1、上述材料均须按顺序装订，含目录和页码**。

2、上述证明文件中的资格证明文件必须全部提供。报名人所提交的证明文件的完整与否，将直接影响其响应文件的审核和比选结果。

3、投报多个医用耗材遴选目录产品，每个产品投标文件须完整单独装订，混装或资料不完整视为无效。同一生产厂家、同一供货商可合并提交营业执照、许可证、税务证，不需要每种产品都提交三证。

4、可单独收费耗材请参考《江苏省医疗服务价格手册》填写物价编码，所提供物价编码必须是可以单独收费的编码，合在治疗费中一起收的编码无效，无物价编码者不收。 除非该耗材本身不收费，如棉签、棉球、血管钳等。

5、材料提交前请自行检查、核对，如材料提交不完整或提交错误，该产品的报名将视为无效。

6、以上所有资料需加盖供货单位红章。

**一、兴化市中医院医用耗材（试剂）遴选项目报名表**

|  |  |
| --- | --- |
| 项目名称 | ××××××××××项目 |
| 报名单位信息 | 单位名称 |  |
| 详细地址 |  |
| 经营时间 | 成立日期： 经营期限： |
| 法定代表人 |  |
| 报名人信息 | 姓 名 |  |
| 身 份 | □法定代表人 □委托代理人 |
| 身份证号码 |  |
| 联系电话 |  |
| 邮 箱 |  |
| 承 诺 | 本单位自愿参与贵院该项目的遴选活动，保证报名材料及其后提供的一切材料都是真实的、准确的、有效的，并按照贵院有关规定和要求参与遴选活动，否则贵院有权取消本单位的报名资格。同时，当报名单位较多时，贵院有择优选择邀请供应商的权利，对此表示理解和认可。此外，若因在规定时间内报名材料未及时提交或提交不全等因素造成的报名审核未通过，由本单位自行承担相应后果。 单位：（盖章）签名： |

**医用耗材/试剂报名表**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 江苏医保平台编码 | 医用耗材注册证名称 | 规格型号 | 单位 | 平台价格 | 生产厂家 |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

 供应商名称（加盖公章）：

 授权代表及联系方式：

 报名时间：

兴化中医院医用耗材信息登记表

日期：

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 产品注册名称 |  | 厂家品牌 |  |
| 通用名称 |  | 耗材类别 | □Ⅰ □Ⅱ □Ⅲ |
| 规格型号 |  | 计价单位 |  |
| 包装规格 |  | 最小包装 |  |
| 中标价格 |  | 中标编码 |  |
| 注册证号或备案信息表 |  | 产品27位国家码 |  |
| 生产商 |  |
| 供应商 |  |
| 产品授权期 | 从 年 月 日 **至** 年 月 日止 |
| 联系人 |  | 电 话 |  |
| 物价信息 | 收费方式 | □ 是，单独收费，收费项目名称：  收费编码： □ 否，不收费，科室成本：1、□按项目收费，项目名称：  项目编码： 项目收费标准：  2、□纯消耗成本 |
| 是否医保 | * □是，医保编码：
* 否
 |
| 适用范围（须与注册证保持一致） |  |
| 产品结构与组成（须与注册证保持一致） |  |
| 产品特点 |  |

**法定代表人身份证明/授权委托书**

兴化市中医院:

 （供应商名称） 法定代表人 （法定代表人姓名） 代表本公司授权 （供应商代表姓名、联系方式、职务）为我公司本次项目的全权代表，以我公司名义全权处理一切与该项目有关的事宜，其法律后果由我方承担。

我公司 （供应商名称） 对被授权人的签名负全部责任。代理人无转委托权。

本授权书于 年 月 日签字生效，在我方未发出撤销授权书的书面通知以前，本授权书一直有效。被授权人在授权委托书有效期内签署的所有文件不因授权撤销而失效。特此声明。

供应商名称（公章）：

法定代表人签字：

委托代理人签字：

日 期： 年 月 日

|  |  |
| --- | --- |
| 法定代表人身份证复印件（正面） | 法定代表人身份证复印件（反面） |
| 授权委托人身份证复印件（正面） | 授权委托人身份证复印件（反面） |

**廉洁购销承诺书**

致：兴化市中医院

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《合同法》及本承诺购销医疗设备。

二、不向采购人或采购工作小组行贿以牟取中标。

三、不私自与采购链相关人员接触，确实需要咨询的应保证两人及以上在场。

四、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。

五、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、医技科室等医护人员工作场所进行任何形式的产品推销活动。不借故到医院相关管理、采购人员及其他相关工作人员家中洽谈业务、许诺或提供任何好处费等。

六、我方如违反本承诺，一经发现，医院有权终止购销合同，并向卫生行政等有关部门报告。如我方被列入商业贿赂不良记录，则严格按照国家相关规定处理。

七、本承诺作为产品购销合同的重要组成部分，与购销合同一并执行，具有同等法律效力。

 特此承诺。

公司（盖章）：

法定代表人或授权代表签字：

 日 期：

**购销诚信承诺书**

**致：兴化市中医院:**

本公司已知晓本次项目需求，自愿参加本次竞价遴选，现就有关事项郑重承诺：

1、本公司关于贵院 项目所提供的公司资质、产品证照、授权委托、产品技术参数、产品售后承诺等所有材料均合法真实、完整有效。如存在以他人名义投标或弄虚作假行为，一经核实，贵院有权随时解除贵我双方合作关系及有关该项目的所有合同，由此造成的损失和相应法律责任由本公司承担。

2、保证成交价不高于周边同级医院成交价格；并愿意在中标价过高的基础上与甲方进行让利谈判。

3、在以往的招标采购活动中，无重大违法、违规的不良记录。

4、本公司一旦中标，将按规定及时与采购人签订合同，并将严格按照投标文件所承诺的报价、质量、工期、投标方案等内容组织实施。

5、本公司参加本次项目即视为认同本次竞价全过程的合法性，公平性，本公司承诺尊重采购人的选择，如有异议应在竞价前提出书面质疑或竞价过程中提出当面质疑。如无即视为放弃质疑权力。

本公司对此次项目的最终报价和承诺将作为贵院评审确定成交的依据，对本公司具有约束力。本公司确认，在贵院针对该项目的招标投标会议结束后，本公司提出任何变更，包括不限于谈判结束后要求对合同条款的任何变更要求，贵院均不予认可。

特此承诺。

公司（盖章）：

法定代表人或授权代表签字：

 日 期：