**附件：**

**文件包装封面参考**

|  |
| --- |
| **深圳市宝安区福永人民医院（设备名称）调研资料汇总****调研期次：****供应商名称：****供应商地址：****（此处加盖供应商单位公章）** |

**目录**

**[文件封面 1](#_Toc26119)**

**[1. 医疗设备购置信息咨询一览表 2](#_Toc491)**

**[2. 报名资质材料 3](#_Toc4537)**

**[(1) 公司三证 3](#_Toc4174)**

**[(2) 厂家授权书 3](#_Toc16709)**

**[(3) 投标人法定代表人证明及授权委托书（格式自拟） 3](#_Toc17452)**

**[3. 产品信息 4](#_Toc26176)**

**[4. 技术参数 5](#_Toc31514)**

**[5. 配置清单 1](#_Toc6390)0**

**[6. 设备易损件（设备配件□，无□ 选填） 1](#_Toc279)1**

**[7. 配套试剂耗材（□有，□无 选填） 1](#_Toc16069)2**

**[8. 商务联络 1](#_Toc12794)3**

**[9. 价格信息 1](#_Toc26705)4**

**[(1) 同型号设备销售发票或合同 1](#_Toc5974)5**

**[10. 产品彩页 1](#_Toc20059)6**

# 医疗设备购置信息咨询一览表

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 设备名称： |   | 产地及品牌： |  |
| 型号：  |  | **单价**报价（万元）: |  | 全保期： |  |
| 注册证名称及注册证号: |  | 设备类型: | 根据注册证信息填写设备类（I、II、III） |
| 设备用途: |  |
| 该型号近期中标单位名称及中标价（至少3家） 请注明具体时间 （必填，广州、深圳地区优先填写，若无用“/”表示） | 1. 成交价格（万元）：

  |
| 1. 医院名称： 成交价格（万元）：

中标时间： 年 月 日  |
| 1. 医院名称： 成交价格（万元）：

中标时间： 年 月 日  |
| 交货周期： | \*天 | 国内有无现货 | 1、□有 □无 |
| 2、若未按约定周期完成送货：以下列哪种方式作为补偿：2.1 □延长维保周期2.2 □附送合同以外的配件2.3 □按合同约定扣除中标款项2.4 □其它 其它：  |
| 有无配套耗材试剂： | □有 □无 | 若有属于开放/封闭 | □ 开放 ☑封闭 □无 |
| 价格应包含： | 1. 所提供的货物，若有硬件设备，需要具备常规标准数据传输接口，附带业务软件若需要与医院HL7集成平台、HIS、LIS、PACS、HRP等系统连接，产生的软件接口开发、调试等费用。
2. 设备的包装、运输、保险、装卸、安装调试、培训、商检及计量检测、控评等费用。
 |

#

# 2.报名资质材料

1. **公司三证（厂商提供：①营业执照；②医疗器械生产企业许可证；③医疗器械注册证。代理经销商提供：①营业执照；②医疗器械经营许可证；②厂商医疗器械生产企业许可证；③医疗器械注册证。）**
2. **厂家授权书**
3. **投标人法定代表人证明及授权委托书（格式自拟）**

# 产品信息

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **一级类别** |  | **二级类别** |  | **产品类别** |  |
| **调研设备名称** |  |
| **注册证编号** |  |
| **注册人名称** |  |
| **注册人住所** |  |
| **生产地址** |  |
| **产品名称** |  |
| **管理类别** |  |
| **型号规格** |  |
| **结构及组成/主要组成成分** |  |
| **适用范围/预期用途** |  |
| **产品储存条件及有效期** |  |
| **其他内容** |  |
| **备注** |  |
| **审批部门** |  |
| **批准日期** |  |
| **有效期至** |  |
| **变更情况** |  |

# 技术参数（填写说明：请勿修改此格式，请供应商根据实际填写本设备具体参数。重点参数用“\*”标识。）

|  |  |
| --- | --- |
| **参数性能/功能项** | **具体技术参数** |
| 设备功能 |  |
| 功能情况基本规格参数 | （设备名称） |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

# 配置清单（指注册证所对应型号的标准货物清单，必填，表格不够自行添加）

|  |
| --- |
| **标准配置清单** |
| 填写说明：1、需逐一列明各主要分项报价； 2、清单列明的配置均视为包含在总报价内的配置 |
| 序号 | 名称 | 品牌型号 | 产地 | 数量 | 单位 | 原值（万元） | 是否有独立于主机的注册证 |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |  |  |
| **选配配置清单** |  |
| 序号 | 名称 | 品牌型号 | 品牌 | 产地 | 数量 | 原值（万元） | 是否有独立于主机的注册证 |
| 7 |  |  |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |  |  |  |
| 11 |  |  |  |  |  |  |  |
| 12 |  |  |  |  |  |  |  |
| 13 |  |  |  |  |  |  |  |
| 14 |  |  |  |  |  |  |  |
| 15 |  |  |  |  |  |  |  |

# 设备易损件（设备配件□，无□ 选填）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 名称 | 规格型号 | 品牌 | 单位 | 市场单价（万元） |
| 1 |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |  |

# 配套试剂耗材（□有，□无 选填）

|  |  |
| --- | --- |
| 序号 | 产品基础信息 |
| 产品注册名称 | 注册证号 | 生产厂家 | 规格型号 | 方法学 | 主要用途 | 最小计量单位 | 单价（元） | 阳光平台单价（元） | 阳光平台交易产品代码 |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

# 商务联络

|  |
| --- |
| **厂家信息（国内办事处）** |
| 厂家名称（国内办事处） |  | 联系人 |  |
| 固定电话 |  | 手机号码 |  |
| **一级代理** |
| 一级代理商名称 |  | 联系人 |  |
| 固定电话 |  | 手机号码 |  |
| **提供资料供应商** |
| 供应商名称 |  | 联系人 |  |
| 固定电话 |  | 手机号码 |  |

# 价格信息

|  |
| --- |
| **设备与质保（必填）** |
| 推荐型号 |  | 设备报价 | xx万元 |
| 质保期（设备报价包含） | xx年 | 质保年费（质保期外） | xx万元 |
| 最快交货时间：自合同签订之日起XX个日历日内。 |
| **市场价格（列举广东省内三级医院，必填）** |
| 使用医院 |  | 中标型号 |  | 中标价格 | xx万元 | 购置时间 | xx年xx月 |
| 使用医院 |  | 中标型号 |  | 中标价格 | xx万元 | 购置时间 | xx年xx月 |
| 使用医院 |  | 中标型号 |  | 中标价格 | xx万元 | 购置时间 | xx年xx月 |

1. **同型号设备销售发票或合同**

# 产品彩页

**提供资料供应商**：（供应商名称）（盖章）