为防止漏登记，请修改报名扫描件命名，格式如下：公司名+项目编码+耗材名称

例：中山市黄圃人民医院PYHC（L）-250731-1一次性使用电圈套器，即报名第一个项目的报名资料（**打印前删除本业，以免影响页码**）

**附件：**

**中山市黄圃人民医院医用耗材公开遴选响应文件**

**（正本）**

|  |  |
| --- | --- |
| **项目编号** | **：** |
| **项目名称** | **：**  |
| **供应商名称** | **：** |
| **日 期** | **：** |
| **联系人** | **：** |
| **联系电话** | **：** |
| **联系邮箱** | **：** |

**响应文件目录**

**（请附页码，每页加盖公章）**

1、营业执照副本复印件

2、医疗器械经营资格资料

3、服务承诺函

4、承诺书（无违法、违规、违纪、违约、围标、串标行为）

5、产品三证：生产许可证、产品合格证明（合格证或检验/检测报告等）、质量保证书（格式自拟），产品注册证或备案凭证（非医疗器械提供证明材料）；

6、药品和医用耗材招采管理系统（广东省）平台配送资格的截图

7、有效的厂家授权证明材料或中选后可获授权销售配送的证明材料

8、法定代表人资格证明书原件；法定代表人授权委托书原件（如需授权的提供）

9、产品彩页或技术参数、产品在用医院清单（提供销售发票或合同复印件佐证，如有）

10、其他材料（如有）

11、报价单**（****现场报价时在响应文件原件中提供）**

**1、营业执照副本复印件**

提交有效的营业执照（或事业法人登记证或身份证等相关证明）副本复印件。分支机构参与的，须提供总公司和分公司营业执照副本复印件，总公司出具给分支机构的授权书。

**2、医疗器械经营资格资料**

**3、服务承诺函**

中山市黄圃人民医院：

本公司谨此承诺并声明：

1．如成为本项目的中选供应商，同意并接受本项目文件、服务需求等各项条款。遵守文件中的各项规定，按文件的要求提供报价。

2．我方已经详细地阅读了全部文件及其附件，包括澄清及参考文件（如有）。我方已完全清晰理解文件的要求，不存在任何含糊不清和误解之处，同意放弃对这些文件所提出的异议和质疑的权利。我方已毫无保留地向贵方提供一切所需的证明材料。不论在任何时候，定将按贵方的要求在规定时间内如实提供一切补充材料。

3．我方在参与本次项目中，不曾以任何不正当的手段影响、串通、排斥有关当事人或谋取、施予非法利益，如有行为不当，愿独自承担此行为所造成的不利后果和法律责任。

4．如中选供应商所提供的医用耗材在有效期内出现质量问题，中选供应商应在合理期限内无条件进行换货或退货。

5．中选供应商需在医械供应链协同平台上及时维护生产厂家、供应商和医用耗材的各项资料。

6．中选后，合同有效期内中选供应商不得随意转配送。确需变更的，应向医院提出申请。变更期间给医院造成一切的损失由中选供应商承担。

7．交货时间、地点和方式

（1）合同签订后，采购人采购计划发送以“中山市黄圃人民医院医械供应链协同平台”为准。中选供应商以此为接收时间备货发货；中选供应商收到采购计划，应当在24小时内将医用耗材运至采购人指定场所。医用耗材运达所产生的费用由中选供应商负责。运输途中，如出现损失及损坏，责任由中选供应商承担。不接受快递形式送货。

（2）如中选供应商所提供的医用耗材厂家、医疗器械名称、规格不符合合同规定的标准，采购人有权拒绝收货。

8．我方承诺在本次项目中提供的一切响应文件，无论是原件还是复印件均为真实和准确的，绝无任何虚假、伪造和夸大的成份，否则，愿承担相应的后果和法律责任，接受院方任何处理方式。

**特此证明。**

供应商名称： （公章）

法定代表人／负责人： （亲笔签名或签章）

授权代表签字：

承诺日期： 年 月 日

**注：本承诺函内容不得擅自修改**

**4、承诺书（无违法、违规、违纪、违约、围标、串标行为）**

**中山市黄圃人民医院：**

本公司郑重承诺：本公司在参加本次**中山市黄圃人民医院医用耗材产品一批公开遴选（项目编号： ）**活动中，无以下违法、违规、违纪、违约、围标、串标行为。

 1、在近三年的商业活动中无违法、违规、违纪、违约行为。

2、无以下围标、串标行为：

 1）不同供应商的响应文件由同一单位或者个人编制；

 2）不同供应商委托同一单位或者个人办理响应事宜；

 3）不同供应商的响应文件载明的项目管理成员或者联系人员为同一人；

 4）不同供应商的响应文件异常一致或者报价呈规律性差异；

 5）不同供应商的响应文件相互混装；

6）不同供应商的董事、监事、高管、单位负责人为同一人或者存在控股、管理关系的不同单位参加同一分包招标项目响应；

7）法律法规界定的其他围标串标行为。

如有发现我公司存在以上违法、违规、违纪、违约、围标、串标行为，我公司愿承担一切法律责任。

**特此承诺。**

供应商名称（加盖公章）：

供应商法定代表人（或法定代表人授权代表）签字或签章：

日期： 年 月 日

**5.1、产品生产许可证**

**5.2、产品合格证明（合格证或检验/检测报告等）**

**5.3、质量保证书（格式自拟）**

**5.4、产品注册证或备案凭证（非医疗器械提供证明材料）**

**6、药品和医用耗材招采管理系统（广东省）平台配送资格的截图**

**7、有效的厂家授权证明材料或中选后可获授权销售配送的证明材料**

**8、法定代表人资格证明书原件；法定代表人授权委托书原件（如需授权的提供）**

**（一）法定代表人/负责人资格证明书**

致：中山市黄圃人民医院

 同志，现任我单位 法定代表人 ，特此证明。

本证明书自签发之日起生效。

签发日期： 年 月 日

单位： （加盖公章）

附：代表人性别： 年龄： 身份证号码：

联系电话：

说明：1.法定代表人为企业事业单位、国家机关、社会团体的主要行政负责人。

2.内容必须填写真实、清楚、涂改无效，不得转让、买卖。

**(为避免响应文件材料作废，请供应商务必提供本附件）**

法定代表人身份证正面复印件或扫描件

法定代表人身份证反面复印件或扫描件

**（二）法定代表人/负责人授权委托书**

致：中山市黄圃人民医院

本授权书声明： （法定代表人姓名） 是 （供应商名称） 的法定代表人，现授权我单位的（被授权人的姓名） 为本公司的全权代理人，就**“中山市黄圃人民医院医用耗材产品一批公开遴选”**以我方名义处理一切与之有关的事宜。

本授权书于 年 月 日签署生效，特此声明。

授权单位： （加盖公章）

法定代表人： （签字或盖私章）

被授权人： （签字或盖私章）

附：代理人性别： 年龄： 职务： 身份证号码：

联系电话：

说明：1.法定代表人为企业事业单位、国家机关、社会团体的主要行政负责人。

2.内容必须填写真实、清楚、涂改无效，不得转让、买卖。

3.**如响应文件资料由法定代表人签署的，则本表不适用**。

被授权代表身份证正面复印件或扫描件

被授权代表身份证反面复印件或扫描件

**9、产品彩页或技术参数、产品在用医院清单（提供销售发票或合同复印件佐证，如有）**

**10、其他材料（如厂家相关证件复印件）**

**11、报价单（现场报价时提供，资格审查时无需提供）**

**中山市黄圃人民医院医用耗材产品一批公开遴选报价单**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 项目编号 | 参选产品名称（耗材以医疗器械注册证或备案证名称准） | 医疗器械注册证或备案证号（耗材） | 规格型号 | 计价单位 | 药交ID（耗材） | 省采购平台挂网最低价 | 单价报价（元） | 报价中包含的其它产品（请写明产品名称、生产厂家、规格型号等） |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

供应商名称（加盖公章）：

供应商法定代表人（或法定代表人授权代表）签字或签章：

日期： 年 月 日