**附件：**

**中山市黄圃人民医院低温等离子体灭菌器专用卡匣公开遴选响应文件**

**（正本）**

|  |  |
| --- | --- |
| **项目编号** | **：** |
| **项目名称** | **：中山市黄圃人民医院低温等离子体灭菌器专用卡匣公开遴选** |
| **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低温等离子体灭菌器专用卡匣公开遴选（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、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）：**

**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低温等离子体灭菌器专用卡匣公开遴选”**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低温等离子体灭菌器专用卡匣公开遴选报价单**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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