**深圳市龙岗区第四人民医院遴选项目**

**遴选资料要求：**

**1.产品报价表**

**2.营业执照**

**3.医疗器械经营许可证**

**4.法人代表授权书**

**5.厂家营业执照**

**6.医疗器械生产许可证**

**7.产品注册证**

**8.参与本项目的供应商入选省集采目录的相关证明资料**

**9.产品样品**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **附件1 产品报价表**  **投标公司： 项目名称：**  **联系人： 电话： 电子邮箱：** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **项目** | **序号** | **阳光平台交易产品代码** | **耗材分类代码（国家编码）** | **注册证名称** | **注册证号** | **生产企业** | **产地/品牌** | **注册证规格型号** | **计量单位** | **包装规格** | **省平台价格** | **阳光平台价格** | **挂网限价（元）** | **报价（元）** | **是否现深圳市最低价（是/否/无法核实)** | **备注** |
| **1-1** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **1-2** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **1-3** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **…** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **2-1** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **2-2** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **…** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**附件2：**

法定代表人授权书

本授权书声明：注册于 （公司地址）的 （公司名称）的 （法人代表姓名）代表本公司授权 （被授权人的姓名、身份证号码）为公司的唯一合法代理人，就深圳市龙岗区第四人民医院医用耗材采购活动中报名、提交企业和产品资质证明文件、交纳有关费用、确认报价相关信息及医用耗材购销合同的签订、执行、完成和售后服务，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，

有效期至 年 月 日。

特此声明。

（以下电话号码请用电脑录入后打印再手签姓名）

法人代表签字 联系电话: 被授权人签字 联系电话: 供货商名称（盖 公章）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |
| |  | | --- | | **法人代表**  **居民身份证复印件粘贴处**  （请加盖骑缝章） | |  |  | |  | | --- | | **被授权人**  **居民身份证复印件粘贴处**  （请加盖骑缝章） | |

附件3：

报 名 承 诺 函

**致：深圳市龙岗区第四人民医院**

在审阅了深圳市龙岗区第四人民医院医用耗材采购公告和其他所有文件后，我公司决定按照公告和文件的规定要求参与报名和报价，并承诺如下：

1、 我公司保证所提供的资质证明文件有效、真实、合法，如有违反，将承担相应的法律责任，并接受相关规定处罚。

2、我公司保证报名开始前一年内，在生产和经营活动中无严重违法违纪记录。

3、如果我公司产品获取了入围资格，我单位将按照相关规定和医院的要求供应入围产品。

4、我公司承诺，不会在过程中有任何违法违规行为，并严格按照有关要求进行报价和价格谈判等程序。

法定代表人（签字）：

承诺单位（盖章）：

日期： 年 月 日

附件4：

供 货 承 诺 函

我公司 （生产商名称）是合法注册的医用耗材生产企业。承诺本公司的所有报名产品如获得入围资格，保证对深圳市龙岗区第四人民医院需求的供应。我公司就医用耗材配送具体事宜与配送的经销商另行订立协议，与龙岗区第四人民医院无关。

我公司保证严格按照深圳市龙岗区第四人民医院医用耗材采购规定及要求，及时供货并提供全面、完善的服务，同时承诺：不论路程远近及采购数量和金额多少均按合同保证供货；按照入围品种的产品信息、产品质量标准提供合格产品，有效期符合有关规定。

本承诺书有效期限：自签订购销合同开始至本次医用耗材采购活动有效期截止。

特此承诺。

生产商名称（盖章）：

法定代表人（签字）：

联系电话：

日期: 年 月 日

**供应商违规处理规定**

各供应商：

我院努力营造公开、公正、公平的招投标条件，同时也需要供应商的诚信支持配合。我院已建立供应商评价制度，投标公司、供应商的负面行为都记录在案，情节恶劣的列入黑名单，取消两年的参标资格，并报告上级有关部门备案。请所有已经和有意向与我院开展商务合作的供应商予以高度重视。

供应商在参加采购活动过程中有下列情形的，将列入黑名单：

（一）提供虚假材料参加我院议价采购的，列入黑名单；

（二）中标、成交后无正当理由拒绝签订采购合同的，列入黑名单；

（三）在参加采购过程中，存在违法、违规行为，或在中标后提供来源渠道不合法、假冒伪劣产品、质量不合格的, 列入黑名单；

（四）拒绝提供售后服务或售后服务态度极差的，列入黑名单；

（五）向议价采购单位行贿或者提供其他不正当利益的，列入黑名单；

（六）未经后勤保障部采购程序，提供医疗设备及医用耗材给临床科室试用的，列入黑名单；

（七）违反法律、法规、政府采购管理有关规定和我院有关规章制度的，列入黑名单。