格式1：遴选文件封面

**深圳市龙岗区第三人民医院**

**医用耗材公开遴选项目**

**遴选文件**

（正本）

**采购编号：**

**遴选项目：**

公司名称：

地址：

电话：

联系人：

邮箱：

公章：

遴选企业类型：□ 生产厂家；□ 进口总代理；□ 一级代理。

格式2：遴选文件目录

遴选文件目录

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 装订顺序 | 材料名称 | 材料要求 | 页码 |
| 1 | 遴选文件封面 | 原件 |  |
| 2 | 遴选文件目录 | 原件 |  |
| 3 | 法定代表人资格证明书/法定代表人授权委托书 | 原件 |  |
| 4 | 产品报价表 | 原件 |  |
| 5 | 报名公司企业三证（营业执照后附国家企业信用信息公示系统的基础信息（网页打印），只需包含企业经营期限及年报信息，无需全部打印）；医疗器械经营许可证或备案凭证（经营范围必须与所投产品一致，否则报名无效）；国产产品提供医疗器械生产许可证。 | 清晰复印件 |  |
| 6 | 所投产品有效期内的企业授权书系列（须折起右下角）  必须含本次洽谈产品的授权内容（有效期内的授权原件备查） | 清晰复印件 |  |
| 7 | 各级授权公司企业三证；医疗器械经营许可证或备案凭证（经营范围必须与所投产品一致，否则报名无效）；国产产品提供医疗器械生产许可证。 | 清晰复印件 |  |
| 8 | 所有所投产品的《医疗器械注册证》及注册登记表系列；医疗器械注册证在国家药品监督管理局、省药品监督管理局、市市场监督管理局等官网查询并截图打印。 | 清晰复印件 |  |
| 9 | 价格承诺书 | 原件 |  |
| 10 | 广东省内三甲医院使用证明（使用证明仅限含所投产品规格型号、价格的发票、合同，有效时间为2023年起至发布公告前） | 清晰复印件 |  |
| 11 | 诚信承诺函 | 原件 |  |
| 12 | 售后服务承诺 | 原件 |  |
| 13 | 报名公司基本信息情况表 | 原件 |  |
| 14 | 供应商基本情况表及社会保险证明 | 原件 |  |
| 15 | 售后服务响应表 | 原件 |  |
| 开标现场提交 | 纸质版采购文件资料审核通过后，遴选现场须回答**专家提问并**展示**彩页、样品及产品说明书。**（样品务必标记公司简称、产品） | 现场  提交 |  |
| 备注：  1、每个产品的材料按“遴选文件目录”所列顺序装订，并在每个所投产品材料的右上角编上采购目录序号。  2、纸质洽谈文件材料按目录顺序左侧装订成册，所有材料均使用A4纸张打印，要求每页加盖单位红章。  3、遴选文件目录内的资料可根据各公司的资质情况进行提供。 | | | |

格式3：法定代表人资格证明书/法定代表人授权委托书

**法定代表人资格证明书**

公司名称：

地 址：

姓名： 性别： 年龄： 职务：

系 的法定代表人。为维护本项目，法定代表人具有签署本项目的报名文件、谈判文件、提交谈判文件进行采购、签署合同和处理与之有关的一切事务的权利。

特此证明

供应商：

日 期： 年 月 日

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

格式3：法定代表人资格证明书/法定代表人授权委托书

**法定代表人授权委托书**

**深圳市龙岗区第三人民医院：**

本公司 （公司名称） （法定代表人姓名、职务）代表本公司授权 （被授权人姓名、职务）为本公司的合法代理人，代表本公司参加此次（采购编号：LGSY-HC-2025004）医用耗材公开遴选工作。本公司认可此被授权人在深圳市龙岗区第三人民医院公开遴选期间的一切操作，并对其真实性、合法性、有效性负责，所递交的资料和签字文件对本公司具有法律效力。

授权期限：本授权书自授权之日起生效。

本授权书于  年 月 日签字生效，有效期至  年 月 日，特此声明。

供应商法定代表人签字：

被授权人签字：

企业公章：

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |
| |  | | --- | | **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） | |

**备注：供应商应根据本公司的实际情况，选择采用上述两种格式之一，并删除剩余不用的格式。（法定代表人参与投标的，无需提供“法定代表人授权书”）**

格式4：**（产品报价表）**

**深圳市龙岗区第三人民医院医用耗材报价表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 采购目录序号（非流水号） | 医保编码 | 市阳光平台编码 | 注册证名称 | 注册证号 | 注册证规格型号 | 品牌 | 生产厂家 | 单位 | 市平台采购价（元） | 原供货价（元）（未供过货填写“/”） | 适用描述/产品描述 | 一次性报价**（现场填写）** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**注：**

**1、所有遴选产品和规格型号均应详细填写完整，需同时提交纸质版和电子版。**

1. **单价相同规格型号有多个可填写在一起，如5#/7#。**
2. **以上表格必须按事实填写，无相关信息的填“/”，不得空着！否则视为无效。**
3. **该表提供的信息将作为签订合同的依据，如有错误或漏写，后果严重且责任自负，提交后不得随意更改。**

企业名称（加盖企业公章）：

法定代表人或授权人（签名或盖私章）： 联系电话： 日期： 年 月 日

**深圳市龙岗区第三人民医院检验试剂报价表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 采购目录序号（非流水号） | 市平台编码 | 遴选目录名称 | 注册证名称 | 注册证号 | 规格型号 | 品牌 | 生产厂家 | 单位 | 市平台价格（如无平台价格填写“/”） | 原供货价（元）（未供过货无需填写） | 一次性报价（元） | 测试数 | 每次测试单价（元） | 每次测试收费价格（元） | 耗占比（成本/收费\*100%） |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**注：**

**1、所有遴选产品和规格型号均应详细填写完整，需同时提交纸质版和电子版。**

**2、单价相同规格型号有多个可填写在一起，如5#/7#。**

**3、此表不能出现任何合并单元格的情况，否则开标现场无法筛选。**

**4、该表提供的信息将作为签订合同的依据，如有错误或漏写，后果严重且责任自负，提交后不得随意更改。**

企业名称（加盖企业公章）：

法定代表人或授权人（签名或盖私章）： 联系电话： 日期： 年 月 日

格式5：报名公司企业三证系列

1、《企业法人营业执照》复印件、国家企业信用信息公示系统的基础信息（网页打印）。

2、《组织机构代码证》复印件。（三证合一无需提供）

3、《税务登记证》复印件。（三证合一无需提供）

4、《医疗器械经营/生产许可证》复印件。

格式6：产品有效期内的各级企业授权书系列

必须含本次遴选产品的授权内容（有效期内的授权原件备查）

格式7：各级授权公司企业三证及医疗器械经营/生产许可证（若产品不属于医疗器械或消毒产品，则无需提供本项材料）

格式8：产品的《医疗器械注册证》、制造认可表/注册登记表和附页（若产品不属于医疗器械或消毒产品，则无需提供本项材料）

格式9：价格承诺书

深圳市龙岗区第三人民医院 耗材公开遴选

（编号： ）

价格承诺书

**深圳市龙岗区第三人民医院：**

我司承诺参加项目：\*\*\*\*\*\*\*\*耗材（编号：\*\*\*\*\*\*\*\*）遴选，参选所有产品的报价是深圳市阳光平台最低色段供货价格，且产品均可于三个工作日内在深圳市阳光平台响应贵院发起的议价并签订线上合同。对于贵院遴选的同用途、同规格的耗材价格，不得高于深圳市同级别、同规模医院，若发现高于同级别、同规模医院价格且超5％，按差额两倍进行赔偿且纳入黑名单管理。如遇政策影响等因素需要调整价格，以政策规定的要求执行。

我司若违反上述承诺，自愿承担由此引起的被列入黑名单管理风险并主动取消产品遴选资格等相应后果。

注：厂家必须按此格式要求承诺，不得对实质性内容作出修改，否则，其响应文件将被评定为无效。

厂家加盖公章：

厂家法人代表签字（签名或盖私章）：

供应商加盖公章：

委托代理人签字（签名或盖私章）：

委托代理人身份证号：

委托代理人联系方式：

日期： 年 月 日

格式10：使用名单

**广东省地区三甲医院使用名单**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 项目 | | 品牌 | 用户 | 地区（市） | 是否三甲医院 |
| 1.1 | 例：牵开器 | A品牌 | 1医院 | 广州市 |  |
| 2医院 | 深圳市 |  |
| 3医院 | \*\*\* |  |
| 4医院 | \*\*\* |  |
| 5医院 | \*\*\* |  |
| 2 | 例：止血材料 | B品牌 | 1医院 | \*\*\* |  |
| 2医院 | \*\*\* |  |
| 3医院 | \*\*\* |  |
| 4医院 | \*\*\* |  |
| 5医院 | \*\*\* |  |

说明：

1.只填写广东省地区三甲医院使用名单，广东省外三甲医院除外，否则视为无效投标（三甲医院的等级证明文件如官网截图，未提供不得分）。

2.按《使用名单》提供使用证明（自2023年起至发布公告日前），使用证明仅限含投标产品规格型号、价格的发票、合同、中标通知书。

3.提供的使用证明中不包含投标产品规格型号的，视为虚假证明文件材料。

格式11：广东省内三甲医院使用证明

发票附件：项目1：\*\*\*\*\*\* 单价： 用户单位：\*\*\*医院

|  |
| --- |
| **清晰发票复印件**  （模糊、遮挡信息等做无效处理）  （可在线查验） |

发票附件：项目1：\*\*\*\*\*\* 单价： 用户单位：\*\*\*医院

|  |
| --- |
| **清晰发票复印件**  （模糊、遮挡信息等做无效处理）  （可在线查验） |

格式12：诚信承诺函

**诚信承诺函**

**致：深圳市龙岗区第三人民医院**

在审阅了深圳市龙岗区第三人民医院遴选公告、遴选文件和其他所有挂网文件后，我公司决定按照遴选公告、遴选文件和挂网文件的规定要求参与报名和遴选，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、无禁止参加政府采购等相应的行政处罚。

3、我公司保证报名开始前两年内，在生产和经营活动中无严重违法违纪记录，所投产品无不良记录，否则将自动弃权。

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遴选等程序。如果我公司所投产品最终中选，我公司保证按照遴选公告和贵院的要求供应中选产品，如不供货，同意医院单方面无责任终止合同。

5、我公司保证在本次遴选中严格遵守相关法律法规，遴选做到诚实，不造假， 不围标、串标、陪标。我公司已清楚，如违反上述要求，其遴选将作废，被列入不良记录名单并在网上曝光，并且愿意接受院方将我公司和法人列入不诚信黑名单的处罚。

6、今后若中选产品有价格变动，我公司保证应及时交由贵院备案，同时根据贵院要求执行。我公司若不如实或不及时报备，经贵院发现查实后则退回全部差额，并支付差额2倍的违约金。

7、我公司承诺，不得以回扣、提成、有价证券、现金、信用卡、购物卡等任何形式为院方工作人员或科室谋取利益。

报名公司（盖章）：

法定代表人（签字）：

日期： 年 月 日

格式13：售后服务承诺

**售后服务承诺**

1、我公司保证供货产品的实际品牌、规格型号、生产厂家、质量与谈判文件内所投产品描述一致；供货产品确保最新生产批号，绝不提供过期或即将过期的产品。否则，贵院有权单方面拒绝收货。

2、若中选产品有断货或停货等特殊情况时，我公司保证提前告知贵院，并出示加盖公章的停货书面说明。断货期间，贵院有权向其他供货商购买同类产品并向我司主张差价损失，直到我公司能继续供货为止。

3、我公司保证供应产品配送时间不超过2天送达交货地点并经贵院书面确认验收合格完成交付，需紧急配送的产品我公司保证在1小时内送达交货地点并经贵院书面确认验收合格完成交付。

4、在实际使用过程中如因产品原因出现异常情况，我公司保证及时请厂家或专家到贵院协助解决异常情况，一切费用由我公司负责。

5、对于一些需要指导的新产品，我公司保证做好相关培训工作，培训产生的费用由我公司负责。

6、新开展的项目或同一测定项目检测方法改变升级，我公司保证无条件提供货源。

7、我公司保证在供货中对存在运输破损等问题的产品无条件退换。

8、对于贵院接近有效期的库存产品（近效期3个月或以上的），我公司保证无条件更换新批号且有效期在半年以上的产品。

9、我公司保证供应产品价格为深圳市医用耗材阳光平台最低色段成交价，如发现不是最低色段成交价，贵院有权要求我公司补差价或废标，并且愿意接受采购方将我公司和法定代表人列入不诚信黑名单的处罚。

10、今后若标的产品有价格变动，我公司保证及时交由贵院备案，同时根据贵院要求执行。

如有违约，自愿接受贵院处罚，并支付本合同项下贵院全部订单所涉货物货款总额2倍的违约金。

本承诺书有效期限：自签订采购合同之日起至合同履行完毕之日止。

报名公司（盖章）：

法定代表人（签字或盖章）：

被授权人（签字）：

日期： 年 月 日

格式14：报名企业基本信息情况表

**报名公司基本信息情况表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 企业全称 | （加盖单位公章） | | | | | | | 组织机  构代码 | | | |  |
| 企业类型 | 有限责任公司□，股份有限公司□，中外合资企业□  全民所有制企业□，集体所有制企业□，独资企业□ | | | | | | | 2023年度  销售额 | | | | 万元 |
| 生产企业□，经营企业□ | | | | | | |
| 详细地址 |  | | | | | | | | | | | |
| 法定  代表人 |  | | 联系电话 |  | | | 座机 | | | |  | |
| 报名被  授权人 |  | | 联系电话 |  | | | 座机 | | | |  | |
| 营业执照 | 注册号 |  | | | | 注册资金 | | | | 万元 | | |
| 经营范围 |  | | | | | | | | | | |
| 成立日期 |  | | | 营业期限 | | | |  | | | |
| 生产（经营）许可证 | 许可证号 |  | | | 有效期 | | | |  | | | |
| 发证机关 |  | | | | | | | | | | |
| 生产（经营）范围 |  | | | | | | | | | | |

说明：

1、报名人应保证本表所填内容真实有效，否则将视为无效报名。

2、若报名企业是生产企业，则填写“生产许可证”；若报名企业是经营企业，则填写“经营许可证”。

格式15：供应商基本情况表及社会保险证明

供应商基本情况表

填表单位：（加盖单位公章） 填表日期： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 采购人 | |  | | 项目名称 | |  | |
| 投标（响应）供应商 | |  | | 供应商统一社会信用代码 | |  | |
| **投标（响应）供应商相关人员情况** | | | | | | | |
| 序号 | 职务 | | 姓名 | 身份证号码 | | 劳动合同  关系单位 | 缴纳社会  保险单位 |
| 1 | 法定代表人/单位负责人/主要经营负责人 | |  |  | |  |  |
| 2 | 项目投标被授权代表人 | |  |  | |  |  |
| 3 | 项目负责人 | |  |  | |  |  |
| 4 | 主要技术人员 | |  |  | |  |  |
| 5 | 投标文件编制人员 | |  |  | |  |  |
| **说明：同一职务有多人担任（如主要技术人员），应分行填写。项目投标未安排相关人员可不填写。** | | | | | | | |
| **投标（响应）供应商关联关系情况** | | | | | | | |
| 序号 | 关联关系类型 | | 关联主体名称 | | 备注 | | |
| 1 | 控股股东 | |  | | 指出资额（或持有股份）占投标（响应）供应商资本总额（或股本总额）50%以上的股东，以及出资额（或持有股份）的比例虽然不足50%，但依其出资额（或持有股份）所享有的表决权已足以对投标（响应）供应商股东会（或股东大会）的决议产生重要影响的股东。 | | |
| 2 | 管理关系 | |  | | 指对投标（响应）供应商不具有出资持股关系，但对其存在管理关系的主体。 | | |
| **说明：同一关联关系类型有多个主体的，应分行填写。** | | | | | | | |

## **提供社会保险证明**

**提供法定代表人、被授权人、主要经营负责人、项目负责人、主要技术人员近一个月的社会保险证明。**  
注：  
1、报名公司应如实提供上述人员的社会保险证明，如上述人员的社会保险未由报名公司缴纳，亦须提供相应单位为其缴纳的社会保险证明。  
2、报名公司为新成立企业且成立时间不足一个月可提供加盖报名公司公章的情况说明或者证明材料亦视为符合。  
3、若为退休人员，提供退休证明。  
4、如依法不需要缴纳社会保险的，应提供相应文件证明。  
5、若因为社保部门或税务部门原因无法提供的，需提供劳动合同及社保部门或税务部门官方通知证明（或官网公告截图）。  
6、如本项目未安排项目投标被授权代表人、项目负责人、主要技术人员的，无需提供投标授权代表人、项目负责人、主要技术人员的社保。

7、主要经营负责人即实际控制人，是指通过投资关系、协议或者其他安排，能够实际支配公司行为的人。如报名公司无主要经营负责人的，无需提供主要经营负责人的社保。

格式16：售后服务响应表

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **售后服务响应表** | | | |
| ※注意：响应情况分为三种，“不响应”“响应”和“优于”，请报名企业根据实际情况填写。若填写的是“不响应”和“优于”，必须详细填写“说明”。除1.1外其余每个不响应最多扣0.4分。 | | | |
| **序号** | **服务条款** | **响应情况（不响应/响应/优于）** | **说明** |
| **1** | **送货及库存：** | | |
| 1.1 | 在深圳市内设有仓库，且保证货源充足。 |  | 在深圳市内设有仓库（需提供场地证明/租赁合同/房屋租赁登记备案证明），作为评分依据。该项为独立评分项。备注：场地证明以社区工作站提供的为准 |
| 1.2 | 保证按照医院指定地点和时间准时送货上门（不分节假日），公司承担全部运费且到达前的损失由公司承担。 |  |  |
| 1.3 | 紧急配送（如急诊手术等）保证产品1小时内送达。 |  |  |
| 1.4 | 特殊的产品或规格型号可紧急进行市外调货，以满足医院临床要求。 |  |  |
| **2** | **退换货：** | | |
| 2.1 | 医院接收货物后若有疑义或使用前发现不宜使用的现象，公司随时提供免费退换货服务。 |  |  |
| 2.2 | 近效期退换：对于接近有效期的产品（近效期3个月或以上的），中选企业保证无条件更换新批号且有效期在半年以上的产品。保证供货产品的实际品牌、规格型号、生产厂家、质量与采购文件内所报产品描述一致；供货产品确保最新生产批号，绝不提供过期或即将过期的产品。 |  |  |
| **3** | **不良反应：** | | |
| 3.1 | 一旦发生质量问题，公司保证接到通知后半小时内响应，两小时内赶到现场。 |  |  |
| 3.2 | 在临床使用中若出现不良医疗反应现象，经国家相关质量监察部门鉴定后，确实属于产品质量问题的，公司承担全部责任。 |  |  |
| 3.3 | 若医院发生与产品相关的事故，不论是否与产品质量有关，公司必须积极参与医院事故的处理。 |  |  |
| **4** | **质量保证：** | | |
| 4.1 | 厂家质量承诺书。具有合法的医用耗材及配送资格的企业，严格按照采购方的要求，及时供货并提供全面完善的服务 |  |  |
| 4.2 | 产品质量符合国家和国际承认的相应标准。 |  |  |
| 4.3 | 产品的包装及相关资料证件严格符合医院要求。 |  |  |
| 4.4 | 保证产品的严格消毒灭菌。 |  |  |
| **5** | **保证：** | | |
| 5.1 | 保证不向临床人员及职能部门提供礼品、回扣等，保证合法经营，不参加不良竞争。 |  |  |
| **★5.2** | **作为医疗器械管理的中标产品需在深圳医用耗材阳光交易和监管平台签订线上采购合同，不配合在平台签订线上采购合同的将直接启用备选供应商，无备选供应商的将废标重新招标。** |  |  |
| **★5.3** | **可收费的医用耗材必须提供国家医保编码，如供货后无法提供国家医保编码将不予结算。** |  |  |
| **★5.4** | **作为医疗器械管理的产品价格不得高于广东省药品电子交易平台上的限价、深圳市阳光交易平台的限价；中标后如价格高于平台限价，直接按平台限价签订合同。** |  |  |
| **★5.5** | **此次中标价为协议价格，如在合同执行期间价格在深圳市阳光交易平台上显示为红色区域，中标商无条件配合调价至绿区；不配合的将直接启用备选供应商，无备选供应商的将废标重新招标。** |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **评分标准和细则** | | | | | |
| **序号** | **评分项** | **权重** | | | |
| **1** | **价格部分30分** | **经评审的最低报价得满分，其余经评审的报价按比例计算得分。**  **计算方法：根据遴选小组一致决定，对单价或预算采购总金额进行价格分评审。** | | | |
| **2** | **综合部分** | **70分** | | | |
|  | **序号** | **评分因素** | **权重** | **评分要素** | **评分准则** |
| 1 | 技术要素 | 20 | 产品质量 | 评审专家通过对样品、产品质量进行打分。优16—20分，良10—15分，一般1—9分，差不得分。不提供样品且无其他佐证材料证明产品质量的不得分。 |
| 2 | 5 | 评标专家通过对品牌知名度、认可度等方面评价 | 评标专家对投标产品进行横向比较，进行打分。  优 5分，良 3分，中 1分，差不得分 |
| 3 | 15 | 产品满足程度 | 评审专家通过对产品种类、产品易用性、满足临床业务需求等方面评价。全部满足15分，大部分满足12分，部分满足9分，小部分满足 6分。 |
| 4 | 商务要素 | 20 | 市场占有率 | 文件中提供的广东省内三甲医院使用证明，使用证明仅限含采购产品规格型号的价格发票、合同，每提供一家得2分，满分20分，广东省外不得分。提供资料（发票、合同必须是24个月内的广东省内三甲医院使用证明，三甲医院的证明文件如官网截图，未提供不得分） |
| 5 | 仓库地址 | 以提供场地证明/租赁合同/房屋租赁登记备案证明为准，在深圳市龙岗区设有仓库得5分，深圳其他区得3分，广东省内深圳市外得1分，其余不得分。 |
| 5 | 配送/售后服务 | 根据《售后服务响应表》打分，满分5分，按照提供的符合性情况打分。 |