**宁德市中医院医疗设备采购前市场调研报名须知**

1. 参加的商家需提供以下报名资料（参与N个项目准备N份报名资料）：

1.购前调查报名资料封面（**附件3**）；

2.供应商营业执照；

3.供应商医疗器械经营许可证或备案凭证；

4.厂家生产许可证；

5.医疗器械注册证或备案凭证及其附件（医疗器械注册登记表）；

6.业务员个人授权及身份证复印件(购前市场调研时需查验授权代表身份)；

7.产品详细配置清单；

8.设备详细技术参数(请在标题处备注清楚此参数的设备型号）；

9.报名设备用户清单（并列出所使用型号）；

10.不同品牌同档次产品参数对比表**(20万以上大型设备要求)**；

11.价格佐证：①中标通知书、②合同、③验收报告、④发票。近2年的四样复印件资料（加盖公章），为一份合格的佐证。每个项目，至少要有一份以上合格的佐证资料；

12.产品彩页介绍；

13.落实政府采购政策的证明材料：①报名人应认真对照工信部联企业[2011]300号《工业和信息化部、国家统计局、国家发展和改革委员会、财政部关于印发中小企业划型标准规定的通知》规定的划分标准，并按照国统字[2017]213号《关于印发<统计上大中小微型企业划分办法(2017)>的通知》规定准确划分企业类型，提供中小企业声明函。（见**附件4**）本项目**采购标的**对应的中小企业划分标准所属行业为**工业**。②报名人为监狱企业的，可不填写本声明函，根据其提供的由省级以上监狱管理局、戒毒管理局（含新疆生产建设兵团）出具的属于监狱企业的证明文件进行认定，监狱企业视同小型、微型企业。③报名人为残疾人福利性单位的，可不填写本声明函，根据其提供的《残疾人福利性单位声明函》进行认定，残疾人福利性单位视同小型、微型企业。④报名人无行贿犯罪档案查询结果告知函或替代材料: 供应商须提供《检察机关行贿犯罪档案查询结果告知函》原件或供应商对近三年无行贿犯罪记录进行声明(格式自拟)。

14.1-13项纸质版资料需加盖公章，一式6份**（报名时提交一份，另外5份市场调研当天再提交）。**

15.提供1-13项的电子版资料，第8项设备详细技术参数需Word版单独列出**。**

16.1-13项均为必备资料，报名资料请按顺序排列，根据材料目录并注明页码。若无法提供该项资料，请在该项所对应的页面上填写备注说明(见附件5）。

**17.**附件1.2中的《设备报价单》和《耗材、易损配件报价单》请按要求详细填写，提前打印好并盖章**（至少6份）**，**不用附在资料里，市场调研当天再提交**。

**附件1**

|  |
| --- |
| **参与市场调查项目：** |
| 报价单位：人民币（万元） | 　 | 　 | 　 |
| 序号 | 商家 | 品牌（按注册证填） | 型号 | 单价 | 产地 | 保修 |
| 1 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 2 |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| 标准配置清单： |
| 序号 | 名称 | 品牌 | 规格 | 数量 | 产地 |
| 1 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 2 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 3 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 4 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 5 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 6 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 7 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 8 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 9 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 10 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 选配件清单： |
| 序号 | 名称 | 品牌 | 规格 | 数量 | 单价 | 产地 |
| 1 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 2 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 3 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 4 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 5 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 6 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 7 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 承诺合同签订后天内到货  |  |  |  |  |
| 签名/盖章： | 联系人电话： | 日期： |
| 备注：表格请按要求填写完整（诺无选配件请用“/”表示）并盖章！不按要求填写视为无效报价单！格子不够可自行添加！ |

附件2

|  |
| --- |
|  |
| **医用耗材/易损配件报价单** |
| 序号 | 注册证名称 | 规格、型号 | 单位 | 注册证号 | 生产企业 | 产地 | 配送公司 | 报价（元） | 试剂折算每人份价格（元） |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

承诺：

1、所供耗材/易损配件保证为省最低价，若有更低价时，及时主动配合医院调整价格

备注：

2、耗材、易损配件请按表格要求填写完整（易损配件无需填写注册证号、配送公司、试剂折算每人份价格）

 报价单位及盖章

 日期：

附件3：封面

**宁德市中医院**

**项目序号、名称：**

**公司名称：**

**被授权人姓名：**

**联系电话：**

**邮箱：**

**项目公告日期：**

附件4：**中小企业声明函（如有）**

**中小企业声明函（货物）**

  本公司（联合体）郑重声明，根据《政府采购促进中小企业发展管理办法》（财库﹝2020﹞46 号）的规定，本公司（联合体）参加（单位名称）的（项目名称）采购活动，提供的货物全部由符合政策要求的中小企业制造。相关企业（含联合体中的中小企业、签订分包意向协议的中小企业） 的具体情况如下：
  1.  （标的名称） ，属于（采购文件中明确的所属行业）行业；制造商为（企业名称），从业人员  人，营业收入为  万元，资产总额为  万元1，属于（中型企业、小型企业、微型企业）；
  2.  （标的名称） ， 属 于 （采购文件中明确的所属行业 ）行业；制造商为（企业名称），从业人员  人，营业收入为  万元，资产总额为  万元，属于（中型企业、小型企业、微型企业）；

……

  以上企业，不属于大企业的分支机构，不存在控股股东为大企业的情形，也不存在与大企业的负责人为同一人的情形。

  本企业对上述声明内容的真实性负责。如有虚假，将依法承担相应责任。

                                                                               企业名称（盖章）：
                           日期：

   注1：从业人员、营业收入、资产总额填报上一年度数据，无上一年度数据的新成立企业可不填报。

**宁德市中医院参与市场调查项目材料目录**

 报送日期： 2023年月 日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 材料内容 | 页码 | 备注 |
| 1 | 供应商营业执照 |  |  |
| 2 | 供应商医疗器械经营许可证或备案凭证 |  |  |
| 3 | 厂家生产许可证 |  |  |
| 4 | 医疗器械注册证或备案凭证及其附件（医疗器械注册登记表） |  |  |
| 5 | 业务员个人授权及身份证复印件(市场调研时需查验授权代表身份) |  |  |
| 6 | 产品详细配置清单 |  |  |
| 7 | 设备详细技术参数(请在标题处备注清楚此参数的设备型号） |  |  |
| 8 | 报名设备用户清单（省内或省外用户、并列出所使用型号） |  |  |
| 9 | 不同品牌同档次产品参数对比表(20万以上大型设备要求) |  |  |
| 10 | 价格佐证（①中标通知书、②合同、③验收报告、④发票） |  |  |
| 11 | 产品彩页介绍 |  |  |
| 12 | 落实政府采购政策的证明材料 |  |  |
| 13 | 其他 |  |  |