附件2

福建省2024年县域医共体彩超设备更新集中

采购项目（包六）采购需求调查响应材料

**公司名称（盖章）：**

**联 系 人：**

**联系电话：**

**邮 箱：**

一、企业资格及资信证明文件

1.单位授权书（若有）

三明市卫生健康委员会：

我方的单位负责人（填写“单位负责人全名”）授权（填写“参与调查代表全名”）为我方代表，代表我方参加福建省2024年县域医共体彩超设备更新集中采购项目（包六）项目需求调查，全权代表我方处理需求调查过程的一切事宜。我方代表在需求调查过程中所签署的一切文件和处理与之有关的一切事务，我方均予以认可并对此承担责任。

我方无转委权。特此授权。

单位负责人： 身份证号： 手机：

供应商代表： 身份证号： 手机：

授权方

附：单位负责人、供应商代表的身份证正反面复印件

企业名称：（全称并加盖单位公章）

日期： 年 月 日

**注意：**若供应商代表为单位授权的委托代理人，应提供本授权书；若供应商代表为单位负责人，应在此项下提交其身份证正反面复印件，可不提供本授权书。

2.1供应商报名信息表（全身机）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 品牌 |  | 是否国产 |  |
| 规格型号 |  | 生产厂家 |  |
| 注册证号 |  | 注册证有效期 |  |
| 国内客户数（三级以上公立医院） |  | 国内装机台数（三级以上公立医院） |  |
| 省内客户数（三级以上公立医院） |  | 省内装机台数（三级以上公立医院） |  |
| 备注 |  | | |

企业名称：（全称并加盖单位公章）

日期： 年 月 日

2.2供应商报名信息表（妇产机）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 品牌 |  | 是否国产 |  |
| 规格型号 |  | 生产厂家 |  |
| 注册证号 |  | 注册证有效期 |  |
| 国内客户数（三级以上公立医院） |  | 国内装机台数（三级以上公立医院） |  |
| 省内客户数（三级以上公立医院） |  | 省内装机台数（三级以上公立医院） |  |
| 备注 |  | | |

企业名称：（全称并加盖单位公章）

日期： 年 月 日

3.材料真实性承诺函

三明市卫生健康委员会：

我司郑重承诺，我司向贵单位提供的所有材料，包括但不限于企业资质文件（营业执照、生产许可证、医疗器械注册证等）、产品说明书、价格明细等，在内容上均真实、准确、完整有效，来源合规合法，知识产权明晰。

若我司违反上述承诺，导致贵方遭受任何损失，我司愿意承担一切责任。

特此承诺！

企业名称：（全称并加盖单位公章）

日期： 年 月 日

4.企业营业执照等证明文件

三明市卫生健康委员会：

现附上由（填写“签发机关全称”）签发的我方统一社会信用代码（请填写法人的具体证照名称）复印件，该证明材料真实有效，否则我方负全部责任。

附：企业营业执照

企业名称：（全称并加盖单位公章）

日期： 年 月 日

5.产品其他资格证明文件

所提供的货物若属于医疗器械管理范畴，按照国家《医疗器械监督管理条例》，应符合以下标准①供应商为生产企业的，提供货物若属于第一类医疗器械产品，须提供《第一类医疗器械生产备案凭证》，提供货物若属于第二类、三类医疗器械产品，须提供《医疗器械生产许可证》；供应商为经营企业的，提供货物若属于第三类医疗器械产品，须提供《医疗器械经营许可证》，提供货物若属于第二类医疗器械产品，须提供《第二类医疗器械经营备案凭证》，提供货物若属于第一类医疗器械产品，则无须提供此项；②提供货物属于《医疗器械监督管理条例》规定的第一类医疗器械产品须提供《第一类医疗器械产品备案凭证》，属于第二类、第三类医疗器械产品则须提供完整的《医疗器械注册证》复印件。

企业名称：（全称并加盖单位公章）

日期： 年 月 日

二、技术参数调查文件

1.1市场需求调查表（全身机）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **参与市场调查项目名称:福建省2024年县域医共体彩超设备更新集中采购项目（包六）** | | | | | | | | | |
| 报价单位：人民币（万元） | | | |  |  |  |  |  |  |
| 序号 | 厂家 | 品牌（按注册证填） | 型号 | 医疗器械管理类别（如未提供，填写：无，如有提供需填写具体类别，如：一类） | 市场单价 | 是否可降至150万预算内 | 产地 | 生产厂家是否中小微企业 | 保修年限 |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **标准配置清单：** | | | | | | | | | |
| 序号 | 名称 | 品牌 | 规格 | | | | | 数量 | 产地 |
| 1 |  |  |  | | | | |  |  |
| 2 |  |  |  | | | | |  |  |
| 3 |  |  |  | | | | |  |  |
| **选配件清单：** | | | | | | | | | |
| 序号 | 名称 | 品牌 | 规格 | | 数量 | 市场单价 | 投标单价 | 产地 | |
| 1 |  |  |  | |  |  |  |  | |
| 2 |  |  |  | |  |  |  |  | |
| 3 |  |  |  | |  |  |  |  | |

**备注：**1.供应商请按表格中自行添加并填写完整（若无选配件请用“/”表示）并盖章；

2.未按以上要求填写的，视为无效报价人。

企业名称：（全称并加盖单位公章）

日期： 年 月 日

1.2市场需求调查表（妇产机）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **参与市场调查项目名称:福建省2024年县域医共体彩超设备更新集中采购项目（包六）** | | | | | | | | | |
| 报价单位：人民币（万元） | | | |  |  |  |  |  |  |
| 序号 | 厂家 | 品牌（按注册证填） | 型号 | 医疗器械管理类别（如未提供，填写：无，如有提供需填写具体类别，如：一类） | 市场单价 | 是否可降至150万预算内 | 产地 | 生产厂家是否中小微企业 | 保修年限 |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **标准配置清单：** | | | | | | | | | |
| 序号 | 名称 | 品牌 | 规格 | | | | | 数量 | 产地 |
| 1 |  |  |  | | | | |  |  |
| 2 |  |  |  | | | | |  |  |
| 3 |  |  |  | | | | |  |  |
| **选配件清单：** | | | | | | | | | |
| 序号 | 名称 | 品牌 | 规格 | | 数量 | 市场单价 | 投标单价 | 产地 | |
| 1 |  |  |  | |  |  |  |  | |
| 2 |  |  |  | |  |  |  |  | |
| 3 |  |  |  | |  |  |  |  | |

**备注：**1.供应商请按表格中自行添加并填写完整（若无选配件请用“/”表示）并盖章；

2.未按以上要求填写的，视为无效报价人。

企业名称：（全称并加盖单位公章）

日期： 年 月 日

2.耗材/易损配件价格信息表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 注册证名称 | 规格、型号 | 单位 | 注册证号 | 生产企业 | 产地 | 报价（元） | 备注 |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |  |  |

备注：1.所供耗材/易损配件保证为省最低价，若有更低价时，及时主动配合业主调整价格；

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）

3.若无耗材/易损配件，请在表格第一行填“无”。

企业名称：（全称并加盖单位公章）

日期： 年 月 日

3.1设备详细技术参数（全身机）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **厂商** | **品牌** | **规格型号** | **技术参数** | **备注** |
| 1 | （参与调查企业） | （参与设备品牌） | （参与设备规格型号） | 1.1  1.2  1.3  ...... |  |
| 2 | （其他品牌企业1） | （同档次设备品牌1） | （同档次设备规格型号1） | 2.1  2.2  2.3  ...... |  |
| 3 | （其他品牌企业2） | （同档次设备品牌2） | （同档次设备规格型号2） | 3.1  3.2  3.3  ...... |  |
| 4 | ...... |  |  |  |  |

备注：1.供应商须提供三个及以上不同生产厂商设备。

2.企业可根据实际情况增加表格行数。

3.在设备核心参数前打“ ”，至少需要标记十条核心参数。

企业名称：（全称并加盖单位公章）

日期： 年 月 日

3.2设备详细技术参数（妇产机）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **厂商** | **品牌** | **规格型号** | **技术参数** | **备注** |
| 1 | （参与调查企业） | （参与设备品牌） | （参与设备规格型号） | 1.1  1.2  1.3  ...... |  |
| 2 | （其他品牌企业1） | （同档次设备品牌1） | （同档次设备规格型号1） | 2.1  2.2  2.3  ...... |  |
| 3 | （其他品牌企业2） | （同档次设备品牌2） | （同档次设备规格型号2） | 3.1  3.2  3.3  ...... |  |
| 4 | ...... |  |  |  |  |

备注：1.供应商须提供三个及以上不同生产厂商设备。

2.企业可根据实际情况增加表格行数。

3.在设备核心参数前打“ ”，至少需要标记十条核心参数。

企业名称：（全称并加盖单位公章）

日期： 年 月 日

4.提供独立完成同类设备型号的历史中标记录【包括但不限于中标公告、采购合同（含配置清单）、中标通知书等证明材料】

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 采购人 | 付费标准 | 成交日期 | 中标记录类型（如：采购合同） | 彩超机型（全身机/妇产机） | 结果公告链接 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

附：历史中标记录

企业名称：（全称并加盖单位公章）

日期： 年 月 日

5.售后服务响应方案

供应商应该提供同类设备型号的售后服务方案。

6.设备安装响应方案

供应商应该提供同类设备型号的设备安装方案。

7.其他建议（若有）

供应商针对此次采购项目的其他相关建议。