附件1：

**佛冈县人民医院医疗耗材供应商报名资料目录表**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **供应商名称** | |  | |
| **项目名称** | |  | |
| **类别** | **序号** | **资料名称** | **页码** |
|  | **1** | 医疗耗材市场调研专用表(附件2）（单独密封） |  |
| **供应商证件/经销商证件** | **2** | 营业执照（三证合一） |  |
| **3** | 医疗器械经营许可证  第二类医疗器经营备案凭证（如有请提供） |  |
| **4** | 企业法人给业务员的委托授权书，企业法人及业务员的身份证复印件（注明有效期） |  |
| **国产厂商/进口总代证件** | **5** | 第一类医疗器械备案凭证/第一类医疗器械备案信息表  第二、三类医疗器械注册证、注册证登记表 |  |
| **6** | 营业执照（三证合一） |  |
| **7** | 国产：医疗器械生产许可证/医疗器械生产产品登记表  进口：医疗器械经营许可证/第二类医疗器械经营备案凭证 |  |
| **8** | 产品销售授权书（注明有效期） |  |
| **其它** | **9** | 产品技术要求、产品说明书 |  |
| **10** | 保证书：是指耗材的产品质量及提供资料真实性的保证 |  |
| **11** | 产品质量检验报告、省（市）检验报告 |  |
| **12** | 进口产品需提供产品报关单 |  |
| **13** | 卖给二甲及以上医院（周边地区优先）的三张发票复印件（同一品牌、同一型号） |  |
| **14** | 其它资料-产品彩图或样品等 |  |

供应商签名： 年 月 日

**备注:1、所有证件必须加盖公章，资料真实有效 2、除调研专用表外资料按顺序排列装订成册**

附件2：

**医疗耗材市场调研专用表**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **项目序号**  （与附件清单项目序号一致） |  | **项目名称**  （与附件清单项目名称一致） | |  |
| **供应商名称(盖章)** |  | **供应商为几级代理** | |  |
| **品 牌**  **（**进口写明品牌中文名**）** |  | **规格型号** | |  |
| **市场价格** |  | **单位** | |  |
| **外省市集中招标采购中标价格** |  | **报价（含税）** |  | |
| **平台最低限价** |  | **省平台产品ID号** | |  |
| **含税进货价** |  | **是否已取得**  **厂家授权书** | |  |
| **供应商联系人、电话** |  | **厂家名称** | |  |
| **公司固话** |  | **厂家联系人、电话** | |  |
| **供应商资质审查** | **营业执照**  证号：  有效期： | **医疗器械注册证**  证中产品名称：  注册证编号(全)：  有效期： | | |
| **医疗器械经营许可证**  证号：  有效期： | **产品授权书**  授权单位：  授权期限： | | |
| **厂家资质审查** | **营业执照**  证号：  有效期： | **医疗器械生产许可证**  证号：  有效期： | | |
| **其他资料** | **产品参数：**有□ 无□： **产品彩页**：有□ 无□；  **用户名单：**有□ 无□； **成交记录：**有□ 无□；  **厂家质量保证书：**有□ 无□； **其他：** | | | |