附件2:

**需提交文件清单**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **资料清单** | **备注** | **页码** |
| 1 | 2024年度厦门市苏颂医院采购供应商提供医用设备产品资料概况汇总 | 附件1 |  |
| 2 | 参与生产厂家代表和供应商代表有效名片，并填写附件3 | 附件3 |  |
| 3 | 项目基础情况表 | 附件4 |  |
| 4 | 供应商三证 |  |  |
| 5 | 供应商医疗器械经营许可证及备案许可 |  |  |
| 6 | 法定代表人授权书原件及身份证复印件（双面） |  |  |
| 7 | 供应商合法销售设备有效授权书原件及复印件（可有效追溯至原厂） |  |  |
| 8 | 设备报价单（含品牌、生产厂家、型号、原产地、到货期）  与保修期后买保报价单 |  |  |
| 9 | 设备详细技术参数（标注出本产品核心参数） |  |  |
| 10 | 设备配置清单（含分项报价） |  |  |
| 11 | 设备标准配置清单及选配件清单 | 附件5 |  |
| 12 | 耗材内容确认表 | 附件6 |  |
| 13 | 易耗品清单及报价 | 附件7 |  |
| 14 | 本品牌全系列产品型号表，及各系列下不同型号关键参数对比表 | 附件8 |  |
| 15 | 不同品牌同档次型号、关键参数、配置对比表 | 附件9 |  |
| 16 | 设备医疗器械注册证、注册证登记表、及注册证附页 |  |  |
| 17 | 设备生产厂家三证 |  |  |
| 18 | 配套耗材及试剂（包含专机专用，非专机专用）医疗器械注册证及登记表 |  |  |
| 19 | 耗材和试剂清单及分项报价单 |  |  |
| 20 | 原厂售后服务承诺书原件及复印件 |  |  |
| 21 | 前3年内在政府采购活动中没有重大违法记录的书面声明 |  |  |
| 22 | 其他单位中标资料，内容包含中标通知书、招标参数、配置清单、配套耗材及试剂（包含专机专用，非专机专用）、发票复印件 |  |  |
| 23 | 用户清单 |  |  |
| 24 | 产品彩页（彩页须含关键技术参数）或技术参数白皮书复印件 |  |  |

备注：1-24项均为必备文件，文件按项目内容顺序排列，并注明页码。若无法提供该项目文件，请在该项所对应的页面上填写情况说明。

（本人已确认提供以上23项目文件） 代理人签名： 盖 章：

附件3

公司及生产厂家有效联系方式

**供应商售后联系人**

姓名：

手机：

邮箱：

售后固话：

**供应商代表**

姓名：

手机：

邮箱：

售前固话：

**生产厂家代表**

姓名：

手机：

邮箱：

售前固话：

**公司法人**

姓名：

手机：

邮箱：

固话：

附件4

项目基础情况表

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **项目** |  | | |
| **公司** |  | | |
| **应用场景** |  | **日期** |  |
| **代理人** |  | **联系电话** |  |
| **品牌** |  | **规格型号** |  |
| **品牌档次** | **（可选高、中、低）** | **系列型号在该品牌内**  **占档次排行** | **（可选高、中、低）** |
| **注册证号** |  | **注册证有效截止日期** |  |
| **初次注册时间** |  | **是否有耗材或试剂** |  |
| **耗材是否专机专用** |  | **是否有可代替的**  **专机专用耗材** |  |
| **耗材注册证** | **可详列于附件** | **耗材价格** | **可详列于附件** |
| **设备是否有特殊储运要求** |  | **医疗器械分类类别** |  |
| **同档次竞争品牌1** |  | **同档次竞争系列及型号** |  |
| **同档次竞争品牌2** |  | **同档次竞争系列及型号** |  |
| **该类设备市场**  **占有率前三家品牌** |  |  |  |

（本人已确认以上填写信息真实、完整、无误。）

**代理人签名： 盖 章：**

|  |
| --- |
| **审核情况说明：**  **收件人签名：**  **收件时间：** |

附件5

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 设备标准配置清单及选配件清单 | | |
| **标准配置清单** | | |
| **序号** | **名称** | **数量** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **选配件清单** | | |
| **序号** | **选配件名称** | **价格** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| （本人已确认以上填写信息真实、完整、无误。） | | |
|  | | |
| 代理人签名： 盖 章： | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **设备使用相关耗材情况** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | **注册证名称** | **规格** | **型号** | **注册证号** | **中标情况** | | | **生产厂商** | **单价** | **平均**  **每人份费用** | **预计年使用**  **总金额** | **物价部门核准本耗材单独收费代码** | **无单独收费（包括本耗材收费项目）** | | | **被授权供应商** | **供应商企业联系人** |
| **卫生部标** | **福建省标** | **厦门市标** | **收费名称** | **收费标准** | **收费代码** |
| **专机专用耗材** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **推荐使用非专机专用耗材** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **同一功能其他厂家非专机专用耗材（与推荐使用耗材相对应）** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

附件6

（本人已确认以上填写信息真实、完整、无误。） 代理人签名： 盖 章：

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 附表7 |  |  |  |
| 设备易耗品清单 | | | |
|  |  |  |  |
| **序号** | **易耗品名称** | **易耗品使用寿命** | **易耗品单价** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

（本人已确认以上填写信息真实、完整、无误。）

代理人签名： 盖 章：

附件8-1

**本品牌全系列产品型号表**

**（备注：系列按档次从左到右由高到低填写，型号按档次从上到下由高到低填写）**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **高端：\*\*\*系列**  **（主要特点\*\*\*）** | | **中端：\*\*\*系列**  **（主要特点\*\*\*）** | | **低端：\*\*\*系列**  **（主要特点\*\*\*）** | | **……** | |
| 型号 | 医疗器械注册证号 | 型号 | 医疗器械注册证号 | 型号 | 医疗器械注册证号 | 型号 | 医疗器械注册证号 |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |  |  |  |

（本人已确认以上填写信息真实、完整、无误。）

**代理人签名： 盖 章：**

**附件8-2**

本品牌同系列各型号产品10条关键参数对比表

**系列： （备注：型号按档次从左到右由高到低填写）**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **型号**  **关键参数** | **型号\*\*\*** | **型号\*\*\*** | **型号\*\*\*** | **…** |
| 1 | \*\*\* |  |  |  |  |
| 2 | \*\*\* |  |  |  |  |
| 3 | \*\*\* |  |  |  |  |
| 4 | \*\*\* |  |  |  |  |
| 5 | \*\*\* |  |  |  |  |
| 6 | \*\*\* |  |  |  |  |
| 7 | \*\*\* |  |  |  |  |
| 8 | \*\*\* |  |  |  |  |
| 9 | \*\*\* |  |  |  |  |
| 10 | \*\*\* |  |  |  |  |

（本人已确认以上填写信息真实、完整、无误。）

**代理人签名： 盖 章：**

**填写说明：请根据附件8-1内所填写的产品系列，均按此表进行各系列下不同型号10条关键参数的对比**

附件9

不同品牌同档次型号、关键参数、配置对比表

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **项目名称：** | |  |  |  |
| **型号** | **\*\*品牌** | **\*\*品牌** | **\*\*品牌** | **\*\*\*** |
| 型号\*\*\* | 型号\*\*\* | 型号\*\*\* | … |
| **关键参数及功能对比** | | | | |
| 1、\*\*\* |  |  |  |  |
| 2、\*\*\* |  |  |  |  |
| 3、\*\*\* |  |  |  |  |
| 4、\*\*\* |  |  |  |  |
| 5、\*\*\* |  |  |  |  |
| 6、\*\*\* |  |  |  |  |
| 7、\*\*\* |  |  |  |  |
| 8、\*\*\* |  |  |  |  |
| \*\*\* |  |  |  |  |
| **配置对比** | | | | |
| 1、\*\*\* |  |  |  |  |
| 2、\*\*\* |  |  |  |  |
| 3、\*\*\* |  |  |  |  |
| 4、\*\*\* |  |  |  |  |
| 5、\*\*\* |  |  |  |  |
| 6、\*\*\* |  |  |  |  |
| 7、\*\*\* |  |  |  |  |

**代理人签字： 盖章：**