附件2:

**需提交文件清单**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **资料清单** | **备注** | **页码** |
| 1 | 2025年度厦门市苏颂医院设备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：**