**珠海市中西医结合医院**

**市场调研报名资料**

报名项目（包组）名称：

报名公司名称：

联系人：

联系电话：

电子邮箱:

目录

一、 公司相关资质（生产厂家、各级授权供应商） 1

二、 货物的生产企业是否为中小企业 1

三、 产品授权书、法人授权书 1

四、 信用信息证明 1

五、 产品注册证、技术参数、详细配置清单、产品彩页 1

六、 产品价格方案推荐表 2

七、 耗材价格方案推荐表（如有） 4

八、 成交业绩表 5

九、 佐证材料（中标通知书/合同/发票等） 6

**供应商应严格按上表要求准备纸质文件，按顺序装订成册，不可使用活页夹装订，正本加盖公章，在报名截止时间前交至医学工程部。**

# 公司相关资质（生产厂家、各级授权供应商）

# 货物的生产企业是否为中小企业

中小企业声明函（货物类）

# 产品授权书、法人授权书

# 信用信息证明

# 产品注册证、技术参数、详细配置清单、产品彩页

# 产品价格方案推荐表

|  |  |
| --- | --- |
| 项目名称 |  |
| 公司名称 |  | 电话 |  |
| 产业发展： 全国市场占有率（%）： 主要用户范围（如全国/华南地区/华北地区）： 货物的生产企业是否为中小企业（是 □ / 否□ ）耗材 / 易损备品备件（指需要定期更换）（有 □ / 无□ ），如有需提供采购渠道及报价（详见耗材价格方案推荐表）标准配置方案：供应商针对本项目提供的除产品标准配置方案以外额外增加的配置，包含在总报价内，无需再额外收费（有 □ / 无□ ）：注：1、所有产品交付到院方时，需保证院方可直接使用，无需院方再进行其他后续工作，如机房改造、信息系统端口连接等（交钥匙工程）！1. 如产品有耗材采购，需配合院方线上采购工作！
 |
| 维保供货方案：保修： 年（至少叁年，否则视为无效方案）售后服务响应时间： 小时响应， 小时到达现场， 小时内无法完成维修将 日历日提供不低于该品牌型号的备用机。升级更新：设备出保后遇到软件升级情况，免费升级更新 □/ 需收费更新 □供货期： 日历日 |
| 价格方案：

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 设备名称 | 品牌型号 | 数量（台/套） | 单价（万元） | 总价（万元） |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

 |
| 公司代表签字： 时间： |

# 耗材价格方案推荐表（如有）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 试剂耗材名称 | 品牌 | 规格 | 注册证号 | 省平台ID | 省平台联盟价格（按人份） | 珠海市三甲收费标准 | 单价（元）★标注单位 | 测试数 | 每人份单价 | 本院是否在用（是/否） | 发票复印件清单（3份分以上，放佐证材料处） |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

公司代表签字： 时间：

# 成交业绩表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 采购单位（医院等） | 采购时间 | 数量 | 成交价格 | 配置与我院方案异同点 | 备注 |
| 1 |  |  |  |  |  | **1.列举近三年成交项目须为同品牌型号或具备参考性项目；****2.重点列举广东省内三甲医院成交记录；****3.需提供中标通知书或合同扫描件并加盖公章。** |
| 2 |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |

# 佐证材料（中标通知书/合同/发票等）

**注：遮挡价格无效**