**中山市东凤人民医院关节镜系统采购项目**

**调研文件**

**（正本/副本）**

**（加盖骑缝章）**

**供应商名称：**

**供应商代表及联系电话：**

**品牌名称：**

**日期： 年 月 日**

**目 录**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **序号** | **材料要求** | **页码** |
|  | **第一部分 资格性文件** | 第( )页 |
| 1 | 供应商声明函 | 第( )页 |
| 2 | 廉洁承诺书 | 第( )页 |
| 3 | 法定代表人/负责人资格证明书 | 第( )页 |
| 4 | 法定代表人/负责人授权委托书 | 第( )页 |
| 5 | 经销公司及生产厂家营业执照等证件或多证合一证件的复印件 | 第( )页 |
| 6 | 医疗器械经营许可证（代理商）或者医疗器械生产许可证（生产厂商） | 第( )页 |
| 7 | 产品医疗器械注册证及医疗器械备案表等复印件 | 第( )页 |
| 8 | 厂家授权委托书（如公司提供的为进口产品，请提供可追溯的产品代理证书） | 第( )页 |
| 9 | 调研活动信用记录自查承诺函及相关网页证明 | 第( )页 |
| 10 | 需要提供的其他证明资料 | 第( )页 |
|  | **第二部分 技术部分** | 第( )页 |
| 1 | 产品技术性能和参数表 | 第( )页 |
| 2 | 产品配置清单一览表 | 第( )页 |
| 3 | 服务方案（质保期、应急预案、培训方案和售后服务方案等）等 | 第( )页 |
| 4 | 国产和进口设备优缺点对比表/同类型设备对比表 | 第( )页 |
| 5 | 设备的缺点/不足 | 第( )页 |
| 6 | 提供产品彩页/样机等。 | 第( )页 |
| 7 | ...... | 第( )页 |
|  | **第三部分 商务部分** | 第( )页 |
| 1 | 产品综合概况 | 第( )页 |
| 2 | 售后服务机构情况 | 第( )页 |
| 3 | 其它重要事项说明及增值服务（如有） |  |
| 4 | ...... | 第( )页 |
|  | **第四部分 价格部分** | 第( )页 |
| 1 | 报价表 | 第( )页 |

**一、资格性文件**

**1.供应商声明函**

致：中山市东凤人民医院/智埔国际建设集团有限公司中山分公司

我方已仔细阅读贵方发出的 中山市东凤人民医院关节镜系统采购项目 调研公告，我方代表（姓名、职务）经正式授权并代表（供应商名称、地址）提交调研文件正本 1 份，副本 1 份。我方符合调研公告中的资格（资质）条件，并能提供公告中要求的所有采购内容，并承诺提交的下列文件和承诺（说明）是准确的和真实的。

（1）我方符合调研公告中的资格（资质）条件，为本次调研所提交的所有证明其合格和资格的文件是真实的和正确的，并愿为其真实性和正确性承担法律责任。

（2）我方具备《中华人民共和国政府采购法》第二十二条规定的条件。

（3）具有在合同期内按需供货的能力，保证能及时对拟购项目提供供货、售后等服务。

（4）近三年的商业活动中无违法、违规、违纪、违约行为。

（5）我方承诺同样设备不接受联合体报名。

（6）我方承诺单位负责人为同一人或者存在直接控股、管理关系的不同供应商，不得参加同一项目报价,一经发现按废标处理并列入医院供应商黑名单。有知识产权、代理权等方面纠纷的供应商及产品不予考虑。不得出现围标、陪标等违规行为，一经发现，将列入医院供应商黑名单。

以上内容如有虚假或与事实不符的，我方愿意承担相应的法律责任。

特此声明！

供应商法定代表人（或法定代表人授权代表）签字：

供应商名称（盖公章）：

日期： 年 月 日

**2. 廉洁承诺书**

廉洁承诺书

中山市东凤人民医院/智埔国际建设集团有限公司中山分公司：

为保证项目的廉洁性，防止发生各种违法、违纪案件和不良行为，我公司郑重承诺如下：

（1）遵守国家的法律法规，依法办理项目业务，保证不搞违法乱纪活动，自觉接受执法、执纪部门的监督检查。

（2）在项目调研活动中，保证不以任何形式给予回扣等商业贿赂。

（3）在业务交往中，保证不赠送各种礼金、有价证券和贵重物品，不给贵方人员报销应由个人支付的费用。

（4）维护正常的医疗秩序，保证不以宴请、高消费娱乐等手段影响医院的项目选择权。

（5）如因突发事件等的需要，我公司向医疗机构提供捐赠款物，保证严格按照《中华人民共和国捐赠法》及有关法律法规规定执行。

以上承诺如有违反，我公司愿意接受取消推荐资格、记入不良行为数据库等处理，以及执法、执纪部门的其他处理。

供应商法定代表人（或法定代表人授权代表）签字：

供应商名称（盖公章）：

日期： 年 月 日

**3.法定代表人/负责人资格证明书**

**法定代表人/负责人资格证明书**

中山市东凤人民医院/智埔国际建设集团有限公司中山分公司：

同志，现任我公司 职务，为法定代表人，特此证明。

法定代表人签字（盖章）：

法人联系电话（手机）：

公司名称（单位公章）：

公司主营：

公司兼营：

签发日期：

说明：（1）法定代表人为企业事业单位、国家机关、社会团体的主要行政负责人。

（2）内容必须填写真实、清楚、涂改无效，不得转让、买卖。

（3）此证明书将作为合同不可分割的组成部分。

此处粘贴法定代表人

身份证正面

此处粘贴法定代表人

身份证反面

**4.法定代表人/负责人授权委托书**

**法定代表人/负责人授权委托书**

中山市东凤人民医院/智埔国际建设集团有限公司中山分公司：

兹授权 同志，为我方签订经济合同及办理其他事务代理人，其权限是： 全权代表本公司参与上述调研项目的报价响应，负责提供与签署确认一切文书资料，以及向贵方递交的任何补充承诺等。

授权公司（单位盖章） ：

法定代表人签字（盖章）：

法定代表人授权代表： 职务：

联系电话（手机）：

有效期限：至 年 月 日

签发日期：

说明：（1）内容必须填写真实、清楚、涂改无效，不得转让、买卖。

（2）此证明书将作为合同不可分割的组成部分。

（3）供应商签字代表为法定代表人，则本表不适用。

此处粘贴授权代理人

身份证反面

此处粘贴授权代理人

身份证正面

**5.经销公司及生产厂家营业执照等证件或多证合一证件的复印件（加盖公章）**

**6.医疗器械经营许可证（代理商）或者医疗器械生产许可证（生产厂商）**

**7.产品医疗器械注册证及医疗器械备案表等复印件**

**8.厂家授权委托书（如公司提供的为进口产品，请提供可追溯的产品代理证书）**

**9.调研活动信用记录自查承诺函及相关网页证明**

中山市东凤人民医院/智埔国际建设集团有限公司中山分公司：

关于本企业信用情况，经对

（1）“信用中国”网站（www.creditchina.gov.cn）中企业信用信息、

（2）“国家企业信用信息公示系统”（www.gsxt.gov.cn）信息查询、

（3）“中国政府采购网”（www.ccgp.gov.cn）政府采购严重违法失信行为等查询结果，

截至规定的响应截止时间，我司没有被列入失信被执行人、重大税收违法案件当事人名单、政府采购严重违法失信行为记录名单及其他不符合规定条件的供应商名单中，同时提供信用记录查询结果的打印页面(具体详见后附网页打印)。特此承诺！

供应商法定代表人（或法定代表人授权代表）签字：

供应商名称（盖公章）：

日期： 年 月 日

**备注：**

**（1）各网站信用记录查询截图（盖公章）**

1）“信用中国”网站（www.creditchina.gov.cn）

2）“国家企业信用信息公示系统”（www.gsxt.gov.cn）

3）“政府采购网”（ www.ccgp.gov.cn）**。**

**（2）采购人有权对文件内容及网页证明的真实性和有效性进行审查、验证，如有造假或情况不一致，供应商自行承担相关责任。**

**10.需要提供的其他证明资料**

**二、技术部分**

包括但不限于：

1.产品技术性能和参数表

2.产品配置清单一览表

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 名称 | 单位 | 数量 |
| 1 | 光纤 | 个 | 1 |
| 2 | 4mm30度关节镜 | 个 | 1 |
| 3 | 4mm关节镜双阀镜鞘 | 个 | 1 |
| 4 | 4mm钝头穿刺锥 | 个 | 1 |
| 5 | 消毒盒 | 个 | 2 |
| 6 | 刨削主机 | 个 | 1 |
| 7 | 手控刨削手柄 | 个 | 1 |
| 8 | 低温等离子手术系统 | 套 | 1 |
| 9 | 探钩，3.4mm | 个 | 1 |
| 10 | 大号直篮钳 | 个 | 1 |
| 11 | 篮钳，中号，45°右开口 | 个 | 1 |
| 12 | 篮钳，中号，45°左开口 | 个 | 1 |
| 13 | 游离体抓钳，3.4mm | 个 | 1 |
| 14 | 反咬篮钳 | 个 | 1 |
| 15 | 抓线钳 | 个 | 1 |
| 16 | 开口剪线器 | 个 | 1 |
| 17 | 闭口推结器 | 个 | 1 |

3.服务方案（质保期、应急预案、培训方案和售后服务方案等）等

4.国产和进口设备优缺点对比表/同类型设备对比表

5.设备的缺点/不足

6.提供产品彩页/样机等

**三、商务部分**

**1.产品综合概况**

（1）内容：产品和服务措施等售后能力。

（2）如供应商此表数据有虚假，一经查实，自行承担相关责任。

（3）同型号产品用户名单、珠三角重点用户列表。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **设备名称** | **品牌型号** | **医院名称** | **使用科室** | **数量** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**2.售后服务机构情况**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **分项** | **基 本 情 况** | **联系人/联系电话** |
| 售后服务机构情况（距离本地最近） | 机构名称：  地 址：  负 责 人： | 姓名:  电话: |

**3.其它重要事项说明及增值服务（如有）**

**四、价格部分**

**报价表**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 项目名称 | 中山市东凤人民医院关节镜系统采购项目 | | |
| 供应商名称 |  | 联系电话 |  |
| 供应商其它资质（和本项目相关） | 1. | | |
| 2. | | |
| 3. | | |
| 同类业绩（和本项目类似，具代表性） | 1.单位名称及项目 成交价格： | | |
| 2.单位名称及项目 成交价格： | | |
| 3.单位名称及项目 成交价格： | | |
| 供应商确认 | 项目报价： | | |
| 项目完成交付时间： | | |
| 其他：以上报价有效期 个月 | | |
| 备注： | | |
| 签字确认： （盖章）  年 月 日 | | |

\* 该项目报价为：总价包干，报价应包括安装、调试、培训、验收、售后服务、各种税费及合同实施过程中的不可预见费用等。