**中山市博爱医院**

多功能麻醉机采购项目

**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 | 报价申明 | 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 | 第( )页 |
| 9 | 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、售后等服务的承诺函，**格式自拟** | 第( )页 |
| 10 | 提供参与同样设备不是联合体承诺函，**格式自拟** | 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 |
| 11 | 产品技术参数 | 第( )页 |
| 12 | 产品配置清单一览表 | 第( )页 |
| 13 | 产品彩页/样机 | 第( )页 |
| 14 | ...... | 第( )页 |
|  | **第三部分 商务部分** | 第( )页 |
| 15 | 产品综合概况 | 第( )页 |
| 16 | 服务承诺函 | 第( )页 |
| 17 | 售后服务方案 | 第( )页 |
| 18 | 同型号产品用户名单 | 第( )页 |
| 19 | 其他医院合同关键页或发票复印件（同型号设备3家及以上三甲医院） | 第( )页 |
| 20 | ...... | 第( )页 |
|  | **第四部分 价格部分** | 第( )页 |
| 21 | 报价一览表 | 第( )页 |
|  |  |  |

**一、资格性文件**

**1.1 报价申明**

（采购人）：

依据贵方调研项目名称项目，我方代表（姓名、职务）经正式授权并代表（供应商名称、地址）提交报价文件正本 份，副本 份。

在此，我方声明如下：

1.同意并接受调研文件的各项要求，遵守调研文件中的各项规定，按调研文件的要求提供报价。

2.调研文件（包括承诺书）有效期为递交文件之日起180天内。

3.我方已经详细地阅读了全部调研文件及其附件，包括澄清及参考文件(如果有的话)。我方已完全清晰理解采购文件的要求，不存在任何含糊不清和误解之处，同意放弃对这些文件所提出的异议和质疑的权利。

4.我方已毫无保留地向贵方提供一切所需的证明材料。

5.我方承诺在本次调研中提供的一切文件，无论是原件还是复印件均为真实和准确的，绝无任何虚假、伪造和夸大的成份，否则，愿承担相应的后果和法律责任。

6.我方完全服从和尊重评委会所作的评定结果，同时清楚理解到报价最低并非意味着必定获得推荐资格。

供应商：

地址：

电话：

电子邮件：

供应商（法定代表人授权代表）代表签字：

供应商名称(公章)：

开户银行：

帐号：

日期：

**1.2 资格性文件**

（1）廉洁承诺书

（2）法定代表人/负责人资格证明书

（3）法定代表人/负责人授权委托书

（4）经销公司及生产厂家营业执照或多证合一证件复印件（加盖公章）

（5）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）

（6）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、售后等服务的承诺函，**格式自拟**

（7）提供参与同样设备不是联合体承诺函，**格式自拟**

（8）调研活动信用记录自查承诺函及相关网页证明

（9）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
3. 服务方案（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**

**3.1 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** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**3.2 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: |

**3.3 其它重要事项说明及增值服务**

**3.4 其他医院合同关键页或发票复印件（3家及以上三甲医院）**

不提供不得分

**服务承诺函**

中山市博爱医院：

根据文件的要求，现提供已签署的正副本响应文件，并正式由我司授权的代理人（详见《法定代表人/负责人授权书》）以本公司名义，全权代表我方参加本次项目。

项目名称：多功能麻醉机采购项目

本公司谨此承诺并声明：

1. 如成为本项目的成交供应商，同意并接受本项目文件、服务需求等各项条款。遵守文件中的各项规定，按文件的要求提供报价。

2. 文件有效期为一年。

3. 我方已经详细地阅读了全部文件及其附件，包括澄清及参考文件(如有)。我方已完全清晰理解文件的要求，不存在任何含糊不清和误解之处，同意放弃对这些文件所提出的异议和质疑的权利。

4. 我方已毫无保留地向贵方提供一切所需的证明材料。不论在任何时候，定将按贵方的要求在规定时间内如实提供一切补充材料。

5. 我方同意按文件规定向贵单位交纳履约保证金（如有），并如期签订合同并履行其一切责任和义务。

6. 我方在参与本次项目中，不曾以任何不正当的手段影响、串通、排斥有关当事人或谋取、施予非法利益，如有行为不当，愿独自承担此行为所造成的不利后果和法律责任。

7. 本公司（企业）不存在以下情况：

（1）为本项目提供整体设计、规范编制或者项目管理、监理、检测等服务的供应商，再参加本项目的其他采购活动（工程类）。

（2）单位负责人为同一人或者存在直接控股、管理关系的不同投标人，参加的同一项目或同一包组的响应。

8. 我方承诺在本次项目中提供的一切响应文件，无论是原件还是复印件均为真实和准确的，绝无任何虚假、伪造和夸大的成份，否则，愿承担相应的后果和法律责任，接受院方任何处理方式。

特此证明。

供应商名称： （公章）

法定代表人/负责人： （亲笔签名或签章）

授权代表签字：

承诺日期： 年 月 日

**注：本承诺函内容不得擅自修改。**

**四、价格部分**

## 4.1报价一览表

项目名称：多功能麻醉机采购项目

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 设备名称 | 生产厂家 | 型号规格 | 注册证号 | 数量 | 质保期 | 单价（元） | 总价（元） | 备注 |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 合计（元） |  |

易损配件及耗材明细清单及价格：

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 配件/耗材名称 | 生产厂家 | 注册证号 | 规格型号 | 单位 | 单价（元） | 备注（设备名称） |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |

注：

1.供应商须按要求填写所有信息，不得随意更改本表格式。

2.供应商根据企业自身能力报出项目整体包干价（人民币），也可对其中一项进行报价。（须精确到小数点后两位，格式：XX.XX）。

3.必须包含产品及零配件、运输费、装卸费、搬运费、保险费、材料费、保修费、雇员费、各项税费及不可预见的费用等完成本项目所需的一切费用。

4.供应商在填报投标报价时，应根据公司自身的成本核算情况，充分考虑市场价格的波动风险。一经参与，即认为已充分考虑有关风险，愿意承担因这些风险所造成的一切经济损失，并放弃因此造成的损失求偿权。

5.此表是调研文件的必要文件，是调研文件的组成部分。

6.各参与调研的公司报价时需考虑：如果医院需要将设备接入医院信息网络，由公司负责按医院要求将设备接入医院网络，所需的硬件、软件以及接口费由公司承担。

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（加盖公章）：

日期： 年 月 日