附件2：

**广州市从化区中医医院医用耗材采购遴选**

**报名须知**

贵公司：

一、报名方式：现场递交材料报名，我院收到报名资料完成审核后会以电话形式通知参加遴选，并发放遴选文件，务必准时参加遴选。

二、递交的遴选材料要求与报名材料一致，如有样品需提供。遴选材料提交时要求必须单独密封。

三、贵公司必须对所提供材料的真实性负责，如发现虚假材料将列入采购黑名单，并依法追究相关责任。

**报名材料**

1. **报名表**

**供应商报名表**

报名日期： 年 月 日

|  |  |
| --- | --- |
| 报名的项目序号及耗材名称 |  |
| 厂家名称 |  |
| 供应商名称 |  |
| 联系人姓名 |  | 联系电话、电子邮箱 |  |
| 报名确认 | （报名签字或盖章） |

1. **资料基本目录**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **序号** | **资料名称** | **页码** |
| 1 | 生产企业的三证合一营业执照副本复印件；相关生产许可资质 | 第( )页 |
| 2 | 供应商的三证合一营业执照副本复印件；相关经营许可资质 | 第( )页 |
| 3 | 耗材产品证件《医疗器械注册证》、《医疗器械产品注册登记表》 | 第( )页 |
| 4 | 生产厂家对供应商本次所投产品的授权书；供应商法定代表人证明（附身份证复印件）、业务员授权书（附身份证复印件、授权人与被授权人签名）。向报价方针对本次询价所出具的授权书（须加盖供应商公章）。 | 第( )页 |
| 5 | 产品彩页及产品详细参数（包括产品的适用性、试验报告情况、质量功效、稳定性、临床效果等） | 第( )页 |
| 6 | 产品明细目录表 | 第( )页 |

说明：

1、供应商可以只提供以上一项或一项以上项目的遴选资料,但每项提供的耗材尽可能齐全。

2、以上资料需加盖公章，按顺序摆放，均在有效期内。

3、资料中的任何重要的插字、涂改和增删，必须由法定代表人或经其正式授权的代表在旁边加盖公章或签字方为有效。

**1.法定代表人资格证明书**

**法定代表人资格证明书**

兹证明， 同志， （性别），现任我司 职务，为本公司的法定代表人，特此证明。

供应商法定代表人签字（盖章）：

公司名称（盖章）：

有效日期： 年 月 日 至 年 月 日

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

**2.法定代表人授权委托书**

**法定代表人授权委托书**

**本授权书声明：**

注册于 （公司地址） （公司名称）的 （法定代表人姓名、职务）代表本公司授权 （被授权人的姓名、职务、联系方式）为本公司的合法代表，以本公司名义负责处理在广州市从化区中医医院医用耗材（试剂）采购活动中院内采购报价及合同签订等相关事宜。

本授权书在签字盖章后生效，特此声明。

供应商法定代表人签字（盖章）：

被授权人签字（盖章）：

公司名称（盖章）：

有效日期： 年 月 日 至 年 月 日

此处粘贴授权代表

身份证反面

此处粘贴授权代表

身份证正面

1. **产品明细目录表**

致：广州市从化区中医医院 新进医用耗材（从中医 耗材﹝2023﹞0003号）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 报名项目序号 | 产品目录名称 | 国家医保码 | 采购平台编码 | 注册证名称 | 注册证号 | 规格型号 | 包装规格 | 单位 | 生产企业名称 | 其它医院价格 | 备注 |
| 1 | 糖化血红蛋白试剂（高效液相色普法） | C123456789xxxxxxxx20 | 123xxx | 填写注册证上的准确产品名称 | 例：国械注准2012XXXXXX | xxx01/xxxx02；多型号：ABCXXXX或者ABC001-ABC009 | 5个/包 | 包 | xxxx公司 | 例：1.XX医院：10002.XXXX医院：11003.XXXX医院：1200 |  |
| 2 | 咬口 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 | 超声探头隔离套 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

注：1.所有产品均能在耗材采购平台采购。

2.同一医保码和注册证的同价位不同型号的耗材只填写一行即可，在规格型号栏予以区分。