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 | 所报的产品三个月内在广东省内三家同级或上一级医院的销售发票复印件，或在省/市采购平台成交价格截图/限价截图 | 第( )页 |
| 6 | 在广州地区或广东省内使用的大客户名单 | 第( )页 |
| 7 | 产品彩页或产品详细参数 | 第( )页 |
| 8 | 产品售后服务，包括送货和应急处理的响应时间、售后服务，是否能全部满足或优于用户需求，有无相关的违约责任及经济处罚措施 | 第( )页 |
| 9 | 诚信遴选承诺书和公平竞争承诺书 | 第( )页 |
| 10 | 材料目录表（至少包含序号、产品名称、规格型号、厂家、注册证号、报价） | 第( )页 |

说明：

1、供应商可以只提供以上一项或一项以上项目包号的遴选资料。

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

## **诚信遴选承诺书**

**广州市从化区中医医院：**

关于贵公司参加的广州市从化区中医医院医用耗材采购（从中医耗材﹝2025﹞0001号）的遴选公告，我单位愿意参加遴选并在此承诺：

一、我单位及附属机构，非为遴选项目提供整体设计、规范编制或者项目管理、监督等服务的供应商；

二、我单位且具备法律、行政法规规定的其他条件；

三、在参加本次遴选活动前三年内，在经营活动中（公司或法人）无重大违法记录（因违法经营受到刑事处罚或者责令停产停业、吊销许可证或者执照、较大数额罚款等行政处罚），且未因涉嫌违法违纪被检察机关立案调查；

四、我单位在参加本项目遴选/报价前，已核实将不出现以下“不接受作为同一项目竞争的参选人”关系的情形：a、彼此存在投资与被投资关系的；b、彼此的经营者、董事会（或同类管理机构）成员属于直系亲属或配偶关系的；c、法定代表人或单位负责人为同一人或者存在控股、管理关系的不同单位。

本单位若有违反本承诺内容的行为，被采购人发现或被他人举报查实，将无条件接受医院作出的取消遴选资格、中选资格、不良行为记录的处罚。对造成的损失，任何法律和经济责任完全由我方负责。

参选供应商名称（盖章）：

参选供应商法定代表人（或法定代表人授权代表）签字或盖章：

参选供应商地址：

承诺日期： 年 月 日

## **公平竞争承诺书**

本单位郑重承诺：本单位保证所提交的相关资质文件和证明材料的真实性，有良好的历史诚信记录，并将依法参与新增医用耗材（从中医 耗材﹝2025﹞0001号）的公平竞争，不以任何不正当行为谋取不当利益，否则承担相应的法律责任。

参选供应商法定代表人（或法定代表人授权代表）签字或盖章：

时间： 年 月 日

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﹝2025﹞0001号）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 报名项目包号 | 对应序号 | 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 | 报价 | 其它医院价格 |
| 1 | 1 | 一次性医用外科口罩 | 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 | xx元 | 例：1.XX医院：1000 2.XXXX医院：1100 3.XXXX医院：1200 |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

注：1.所有产品均能在耗材采购平台采购。

2.同一医保编码、同一注册证号且采购价格相同的耗材，在登记目录时合并为一行，在【规格型号】栏内以斜杠'/'分隔标注所有适用型号。