**金湖县人民医院耗材/试剂院内比选材料目录**

欢迎生产企业、经营企业以及潜在供应商前来我院设备科介绍产品，同时提交产品资料**（可通过电子邮箱、微信提交）**。有意向者必须提供符合我院要求的报名材料（**纸质文件一份，PDF文件一份**），并**保证所提供的各种材料真实、有效、齐全，承担相应的法律责任。请按下列顺序装订**：

1.封面：产品名称、规格型号、生产厂家（品牌）、注册证号、供应商名称、联系人姓名及联系方式、邮箱等信息。

2.企业信用承诺书（**请填写附件1**）

3.产品彩页、产品说明书、**产品实物图片**、注册证并附一份查询注册证时的**药监部门网站截图**（盖公章）。

4.产品中标平台截图，江苏省药品和医用耗材招采管理系统平台的截图。截图信息必须包含：产品编码、产品名称、注册证号、规格型号、单位、价格、品牌（必须截全）。

5.报价表，内容包含：（**见附件2，可单独收费耗材的厂家必须提供27位国家码**）（**单独excel电子文件一份**，同整体pdf文件一起发邮件）

6.供应商资质、厂家资质、厂家授权书（若有中间级经销单位，也需提供其授权书，公司资质）。

7.法人给业务员的授权书，附法人和业务员的身份证复印件，以及业务员在投标公司所缴纳社保证明（**近半年以上**）。

8.企业开户信息：户名、开户银行名称、开户银行账号（**参考附件3填写）**（**单独excel电子文件一份**，同整体pdf文件一起发邮件）

9.其他医院（以江苏省内医院为主）合同复印件或相关发票（至少3家）。

10.用户名单。

11.调研材料真实性及购销廉洁声明（**见附件4**）。

12.**如涉及专机专用设备，请按照《金湖人民医院医疗设备院内比选、调研材料目录》**另准备一份书面材料和pdf、excel文件，递交给相应设备调研工程师**，工程师联系方式：蔡老师 联系方式：18915182311**

**请将上述所有文件每页加盖公司公章后，扫描制作成一份pdf文件（以“项目名称+供应商名称+品牌”命名），连同附件1、附件2、附件3和附件4，发送至下述相应联系人邮箱或微信。**

**纳入国家卫健委监督管理的第一类、第二类消毒产品，需单独准备以下材料，制作成pdf文件，以“项目名称+供应商名称+品牌”命名，随报名文件一并发送。清单如下：**

1、生产企业消毒产品卫生许可证；

2、消毒产品卫生安全评价报告；

3、医疗器械产品注册证；

4、医疗器械生产许可证；

5、医疗器械经营许可证；

6、进口产品生产国允许生产和消毒的证明文件。

**投标公司需严格按照本清单内容递交报名材料，否则视为自动弃权！**

联系人邮箱：2316003750@qq.com 联系人电话：18888124643（微信同号）

**递交材料经院方审核通过后，医院会发短信通知正式商谈的具体时间地点，届时请带一正三副院内比选材料，要求密封，报价单和密封信封上加盖公司公章，现场递交。**

**附件1：**

企业信用承诺书

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **单位名称** |  | **统一社会信用代码** |  |
| **法定代表人** |  | **联系人** |  |
| **联系地址** |  | **联系电话** |  |
| **诚信档案记录情况** |  |
| **信用承诺** | 我公司自愿参加贵院组织的本次采购活动，严格遵守《中华人民政府采购法》及相关法律法规，坚守公开、公平、公正和诚实信用的原则，依法诚信经营，无条件遵守本次政府采购活动的各项规定。我们郑重承诺，本公司符合《政府采购法》第二十二条规定的条件，包括:具有独立承担民事责任的能力;具有良好的商业信誉和健全的财务会计制度;有履行合同所必需的设备和专业技术能力;有依法缴纳税收和社会保障资金的良好记录:参加政府采购活动前三年内，在经营活动中没有重大违法记录:符合法律、行政法规和采购文件规定的其他条件。如有弄虚作假或其他违法违规行为，原承担一切法律责任，接受各级政府采购监管部门和有权机关的审查和处罚。企业名称（盖章）：法定代表人（签字）：二〇 年 月 日 |

**附件2：**

**可单独收费耗材报价单**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 产品名称（注册证名称） | 生产厂家（品牌） | 规格 | 型号 | 注册证号 | 单位 | 单价 | 市中标编码 | 省中标编码 | 医保编码 | 物价编码 | 国家20位编码 | 7位流水号 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**非单独收费耗材报价单**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 产品名称（注册证名称） | 生产厂家（品牌） | 规格 | 型号 | 注册证号 | 单位 | 单价 | 市中标编码 | 省中标编码 | 项目收费名 称 | 项目物价编码 | 项目收费标准 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**试剂报价单**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 产品名称（注册证名称） | 生产厂家（品牌） | 规格 | 型号 | 注册证号 | 单位 | 报价 | 单人份价格 | 市中标编码 | 省中标编码 | 项目收费名 称 | 项目物价编码 | 项目收费标准 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**附件3：企业开户信息**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **户名** | **开户银行名称****（需具体到某分支机构）** | **开户银行账号** |
|  |  |  |

**附件4：调研材料真实性及购销廉洁声明**

承诺书

金湖县人民医院：

针对贵院此次调研，我公司郑重承诺：所提供资料（以骑缝章为准）真实有效，无任何虚假成分。如有虚假，由此产生的一切后果由本公司承担。

为进一步加强医疗卫生行风建设，规范医疗卫生机构医药销售行为，有效防范商业贿赂行为，营造公平交易、诚实守信的购销环境，我公司郑重承诺并遵守：

一、我方按照《民法典》及本承诺购销医用耗材、试剂。

二、我方不以回扣、宴请等方式影响医院工作人员采购或使用产品的选择权，不在学术活动中提供旅游、超标准支付食宿等费用。

三、我方指定销售代表承诺在工作时间到医院指定地点联系商谈，不到住院部、门诊部、医技科室等推销产品，不借故到医院相关领导、部门负责人及相关工作人员家中访谈并提供任何好处费等。

四、我方如违反本承诺，一经发现，医院有权终止购销合同，并向有关卫生计生行政部门报告。如我方被列入商业贿赂不良记录，则严格按照《国家卫生计生委关于建立医药购销领域商业贿赂不良记录的规定》（国卫法制发[2013]50号）相关规定处理。

五、本承诺作为产品购销合同的重要组成部分，与购销合同一并执行，具有同等法律效力。

公司（签章）

 年 月 日