# 广东省职业病防治院

**遴选供应商提供材料清单**

**日期： 年 月 日**

以下证件、资料每页须加盖公司公章

医用耗材遴选登记表

|  |  |
| --- | --- |
| 项目名称 |  |
| 厂家/型号 |  |
| 单位名称 |  |
| 单位地址 |  |
| 报名时间 |  |
| 联系人 |  | 手机号码 |  |
| 单位电话 |  | 传真号码 |  |
| 电子邮箱 |  |
| 备注 |  |
| 报名人签字：**一、必须提交审核的资料清单**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **序号** | **资料名称** | **资料所在****页码范围** |
| 1 | 产品报价一览表（标准格式见2.1） |  |
| 2 | 供应商企业法人营业执照及医疗器械生产（或经营）企业许可证或备案凭证 |  |
| 3 | 供应商法人身份证复印件（标准格式见2.2） |  |
| 4 | 供应商给销售代表的资格证明收（授权书）（标准格式见2.3） |  |
| 5 | 销售代表身份证复印件（标准格式见2.3） |  |
| 6 | 从生产企业到供应商的各级销售授权书 |  |
| 7 | 各级国内授权方的营业执照及医疗器械生产（或经营）企业许可证或备案凭证 |  |
| 8 | 医疗器械生产（或经营）企业许可证或备案凭证 |  |
| 9 | 医疗器械产品注册证（含注册登记表及附页）或备案凭证 |  |
| 10 | 产品介绍及产品说明书 |  |
| 11 | 广东省三级医院产品用户名单（标准格式见2.4） |  |
| 12 | 对应用户名单销售发票复印件（两年内）（标准格式见2.4） |  |
| 13 | 专机专用对应设备一览表（标准格式见2.5） |  |
| 14 | 项目相关资料（包括相关检测报告、技术参数等） |  |
| 15 | 产品彩页 |  |

 |

**重要说明：**

1、请生产企业或代理公司（下简称供应商）使用A4纸，按照上述清单的要求格式、内容，顺序制作《**医用耗材产品备案书**》，并请编制页码。文件自制部分必须打印，每页须按序加注页码。本文件电子版（PDF格式）请同时发到指定联系人的邮箱749278111@qq.com。

2、《医**用耗材产品备案书**》封面（首页）须加盖供应商公章，其他页加盖供应商骑缝章。

1. **部分资料标准格式**

**2.1产品报价一览表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **省/市平台编码** | **产品名称（注册证名称）** | **规格** | **型号** | **注册证号** | **生产企业** | **报价** |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| … |  |  |  |  |  |  |  |
| … |  |  |  |  |  |  |  |

注：报价须包含耗材的购置、运输保险、装卸、培训辅导、质保期售后服务、全额含税发票、雇员费用、合同实施过程中应预见和不可预见费用等。

**2.2法人身份证复印件**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **法人身份证正面粘贴处** |  | **法人身份证反面粘贴处** |

说明：须提供第二代居民身份证复印件。

**2.3销售代表资格证明书**

致：**广东省职业病防治院：**

同志，现任我单位职务，联系手机：，为销售代表，代表我单位参与本项目的采购活动，特此证明。

法人签名： 签发日期：年月日

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **销售代表身份证正面粘贴处** |  | **销售代表身份证反面粘贴处** |

说明：须提供第二代居民身份证复印件。

**2.4广东地区其他三甲医院销售价格**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **省/市平台编码** | **产品名称（注册证名称）** | **规格** | **型号** | **注册证号** | **生产企业** | **医院名称** | **价格** | **合同书、中标通知书、发票等证明材料 (所在页码)** |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| … |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**2.5专机专用对应设备一览表**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **设备名称** | **型号** | **品牌** | **是否已采购入院** |
| 1 |  |  |  |  |
| … |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |