浙江中医药大学附属第二医院

医疗设备等项目

市场调研文件

目 录

**[第一章 推介须知 3](#_Toc45793092)**

**[第二章 推介单位资格要求 4](#_Toc45793093)**

**[第三章 推介文件格式 5](#_Toc45793101)**

**[附件一 6](#_Toc45793102)**

**[附件二 7](#_Toc45793103)**

**第一章 推介须知**

根据《中华人民共和国政府采购法》、《中华人民共和国政府采购法实施条例》、等有关规定， 我院对 项目举行市场调研，欢迎符合要求的供应商前来推荐产品。在参加调研之前必须认真阅读本文件的说明、表格、条件及规范等所有内容，根据要求提供相应的资料。

1. 项目编号: 详见通知邮件
2. 调研内容：详见通知邮件
3. 推介单位的资格要求：见第二章
4. 市场调研文件发放：请在通知邮件中下载
5. 调研报名及时间：

推介单位应于 年 月 日 时 前将报名信息发至邮箱：ZJSXHYYYGB@163.com。

1. 调研时间和地点：

调研时间：2024年 月 日

调研地点：

八、联系方式：

联系人：医学工程部

联系电话：0571-85267047

九、联系地址：

地址：杭州市潮王路318号医学工程部

1. **推介单位资格要求**
2. 具有独立承担民事责任的能力；
3. 具有良好的商业信誉和健全的财务会计制度；
4. 推介单位必须提供企业的营业执照和医疗器械经营或生产企业许可证，以及医疗器械产品注册证。
5. 具有各级代理授权书，包括国内生产企业或进口产品的国内总代理商或唯一指定代理商、浙江省级代理商、区域代理商。
6. 所有证照均需齐全、在评标期内有效、且无超范围经营现象。
7. 推介单位应具有完善的销售供应和售后服务的保障体系
8. 推介单位商业信誉良好，在招标采购活动前三年内经营活动无不良记录信息

**第三章 调研文件格式**

一、推介文件内容包括（**逐页加盖公章或骑缝章，推介文件首页注明公司联系电话、邮箱**）：

1. 推介公司基本资料
2. 推介设备报价单
3. 主要技术参数
4. 产品配置清单
5. 推介单位工商营业执照
6. 推介单位医疗器械经营许可证
7. 《法人代表人授权委托书》（附件二）
8. 受委托人身份证复印件
9. 产品质量与服务承诺书（**注明保修年限**）（附件三）
10. 生产厂家工商营业执照
11. 生产厂家生产许可证
12. 生产厂家对经销商的逐级授权书
13. 推介产品注册证
14. 推介产品产品彩页
15. 相同型号产品，浙江省内两年内成交合同复印件及配置清单（需附用户清单，并注明采购年份；价格；联系方式）。
16. 推介单位认为需要提供的其他文件及资料（如有）。

二、推介文件一式3份，正本1份，副本2份，每份推介文件封面标明“正本”或“副本”。

三、推介单位有下列情况之一的，其文件将被拒绝或作无效投标处理：

1. 未在规定时间内将报名信息发送给医院。
2. 推介书未按要求加盖公章或推介文件签署不符合要求的。
3. 推介文件无法人代表签字或签字无法人代表有效委托的。
4. 推介单位不符合资格要求的。
5. 推介文件中提供伪造、虚假材料的。

附件一：

**产品报价表**

项目编号： 金额单位：人民币（元）

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 投标人 | 投标报价 (总价、元) | 制造商 | 产地 | 规格型号 | 医展会上架品目 | 备注 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

投标人： （盖章） 日 期：

**附件二：**

# 法人代表人授权委托书

致浙江中医药大学附属第二医院：

兹委派我单位 先生/女士，身份证号： ，联系方式：固定电话 ，手机号 ，代表我公司参加贵院此次医疗设备等项目调研（调研编号： ），全权处理调研过程中的一切事项。本次委托有效期： 。 本委托书必须由本公司法定代表人签字盖章，并加盖本公司公章方为有效。

单位名称（盖章）：

法定代表人（签字）：

受委托人（签字）：

签发日期： 年 月 日

附件三：

**产品质量与服务承诺书**

**浙江中医药大学附属第二医院：**

公司本着规范生产，合法经营的原则，特对贵院承诺如下：

1. 我公司销售的医疗器械产品质量符合国家标准，公司各种证照齐全。
2. 产品保修 年。
3. 我公司提供完善的销售供应和售后服务保障体系。维修响应时间： ; 到达现场时间： 。维修部地址： 。
4. 若产品不符合医院需求、外包装破损或存在质量问题我公司无条件更换或退货。
5. 本公司销售的产品因质量问题或售后服务不当引起的医疗事故、医疗纠纷，本公司承担事故处理及责任赔偿等相应的责任。
6. 协助医院廉政、廉洁行医建设，依法文明经商。不采用不正当或非法的经营手段。如有不正当或非法经营活动，本公司愿承担一切相应的责任。

单位名称（盖章）：

法定代表人（签字）：

日期： 年 月 日