**试剂项目调研必备文件要求**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1 | 供应商报名表 | 附件1 |
| 2 | 生产厂家代表和参与竞争供应商法人或法人授权代表有效名片 | 附件2 |
| 3 | 报价单（含生产厂家、产品名称、注册证号、型号规格、单价、包装单位、收费编码、收费情况） | 附件3 |
| 4 | 供应商三证（营业执照、税务登记证、组织机构代码证） |  |
| 5 | 供应商医疗器械经营许可证（需具备报名产品的经营资格） |  |
| 6 | 供应商合法销售试剂的生产厂家有效授权书， |  |
| 7 | 供应商开户信息及业务联系信息 |  |
| 8 | 谈判代表及业务联系人法人授权书及身份证复印件 |  |
| 9 | 试剂生产厂家**或总代**三证（营业执照、税务登记证、组织机构代码证） |  |
| 10 | 试剂生产厂家医疗器械生产许可证**或总代**医疗器械经营许可证 |  |
| 11 | 试剂医疗器械注册证及产品登记表附件 |  |
| 12 | 进口试剂需提供国外生产厂家给医疗器械注册证所登记**总代**的授权 |  |
| 13 | 进口试剂海关报关单等相关合法进口证明文件 |  |
| 14 | 前3年内在政府采购活动中没有重大违法记录的书面声明 |  |
| 15 | 须提供与我院同等级（三级甲等）的其它医疗机构的供货证明（近3个月内发票清单的复印件），加盖公章 |  |
| 16 | 用户清单 |  |
|  | **总代**是指国外生产的进口产品在国家食品药品监督管理总局登记注册的代理机构。 |  |

**附件1**

|  |
| --- |
| **供应商调研表** |
| **产品名称** | 　 |
| **供应商** | 　 |
| **使用科室** | 　 | **业务代理人** | 　 |
| **联系电话** | 　 | **产品品牌** | 　 |
| **产品规格型号** | 　 | **生产厂家** |  |
| **产品注册证名称** | 　 | **产品注册证号** | 　 |
| **产品注册证效期** | 　 | **产品是否专机专用** | 　 |
| **市场高端度** | **（可选高、中、低）** | **产品价格** | **可详列于报价表** |
| **同档次竞争品牌1** | 　 | **同档次竞争型号/规格** | 　 |
| **同档次竞争品牌2** | 　 | **同档次竞争型号/规格** | 　 |
| （本人已确认以上填写信息真实、完整、无误。）  |
|  业务代理人签名：  盖章： |

**附件2**

**供应商及生产厂家有效联系方式**

|  |
| --- |
| **供应商业务联系人** |
| **姓名** | 　 |
| **手机号** | 　 |
| **邮箱** | 　 |
| **固话** | 　 |
| **供应商产品服务联系人** |
| **姓名** | 　 |
| **手机号** | 　 |
| **邮箱** | 　 |
| **固话** | 　 |
| **生产厂家联系人** |
| **姓名** | 　 |
| **手机号** | 　 |
| **邮箱** | 　 |
| **固话** | 　 |

**附件3**

|  |  |
| --- | --- |
| 报价单 |  |
| 序号 | 品牌 | 生产厂家 | 产品名称 | 注册证号 | 规格 | 单位 | 单价（元/T） | 收费项目编码 | 收费价格 | 备注 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 备注内容：若试剂规格为ml/盒，需备注一盒试剂可做几人份 |