**妇科病理检验服务调研必备文件要求**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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 | 供应商相关证件 |  |
| 5 | 具备开展第三方检验服务许可资质 |  |
| 6 | 谈判代表及业务联系人法人授权书及身份证复印件（双面） |  |
| 7 | 开展相关业务所使用设备清单（含品牌、生产厂家、型号、原产地） |  |
| 8 | 开展相关业务所使用耗材清单（含品牌、生产厂家、型号、原产地） |  |
| 9 | 所用设备医疗器械注册证、注册证登记表、注册证附页 |  |
| 10 | 所用设备生产厂家三证 |  |
| 11 | 检验报告出具时间承诺书 |  |
| 12 | 检验报告结果承诺书 |  |
| 13 | 配套耗材及试剂医疗器械注册证及登记表 |  |
| 14 | 其他有效机构对本检验服务质评检测报告 |  |
| 15 | 售后服务承诺书原件及复印件 |  |
| 16 | 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 |  |
| 17 | 其它医疗机构中标资料（内容包含中标通知书、招标参数、设备清单、配套耗材、发票复印件），加盖公章 |  |
| 18 | 用户清单 |  |

**附件1**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **供应商报名表** | | | |
| **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** |  |  |  |
| （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） | 收费项目编码 | 收费价格 | 备注 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | | | | | | | | | | |