**附件：**

**报名资料封面：**

|  |
| --- |
| **市场调研报名资料**  **（正本/副本）**  **序 号：**  **设备名称：**  **供应商单位名称（盖公章）：**  **供应商授权代表姓名及联系电话：**  **授权代表联系邮箱：**  **日期： 年 月 日**  **报名资料递交地点 ：**深圳市福田区泰然九路天地源盛唐大厦东座1403 |

**市场调研报名资料目录**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **序号** | **市场调研报名资料目录** | **对应页码** |
| 1 | 设备市场调研专用表 | 第 页 |
| 2 | 设备详细配置清单 | 第 页 |
| 3 | 医疗器械产品注册证/备案证（如有附件需附） | 第 页 |
| 4 | 设备授权书 | 第 页 |
| 5 | 生产商证件：设备生产商营业执照、医疗器械生产企业许可（备案）证或医疗器械经营企业许可（备案）证 | 第 页 |
| 6 | 代理商企业证件：供应商企业营业执照、医疗器械经营企业许可（备案）证 | 第 页 |
| 7 | 供应商法人证明书、法人授权委托书 | 第 页 |
| 8 | 设备技术参数 | 第 页 |
| 9 | 配套试剂、耗材报价清单（若有，须注明是否能在深圳医用耗材阳光交易和监管平台中成交） |  |
| 10 | 设备彩页 | 第 页 |
| 11 | 售后服务承诺书 | 第 页 |
| 12 | 同型号销售记录（同型号产品及配套耗材试剂在深圳市内其他医院或科研机构成交记录，提供近3年至少3家三甲医院或科研机构的发票、合同、中标通知书等证明及配置清单） | 第 页 |
| 12.1 | XX医院（含配置清单） | 第 页 |
| 12.2 | XX医院（含配置清单） | 第 页 |
| … | XX医院（含配置清单） | 第 页 |
| 13 | 耗材/试剂报价清单（如有）（提供广东省、深圳市3家以上三甲医院/科研机构近一年收费价格发票证明） | 第 页 |
| 13.1 | XX医院耗材/试剂发票 | 第 页 |
| 13.2 | XX医院耗材/试剂发票 | 第 页 |
| … | XX医院耗材/试剂发票 | 第 页 |
| 14 | 设备安装施工图（如有） | 第 页 |

注：报名单位按目录顺序提供调研资料报名。

**设备市场调研专用表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **设备市场调研专用表**  此表采用A4纸打印，**加盖供应商单位公章**。 | | | | | | | | | | | | | | |
| 设备名称 | | |  | | | | | | | | | | | |
| 报价  (万元/台（套）) | | |  | | | | | | | | | | | |
| 品牌、型号 | | |  | | | | 设备原产地 | | |  | | | | |
| 生产厂家单位名称 | | |  | | | | 厂家**联系人/手机号码** | | |  | | | | |
| 供应商单位名称 | | |  | | | | 供应商**授权代表姓名及手机号码** | | |  | | | | |
| 供应商**授权代表联系邮箱**： ；  **请邮箱使用人于项目市场调研期间跟进并留意邮箱通知。** | | | | | | | | | | | | | | |
| 资格审查 （自查√；资料按序号排序作为调研附件） | | 1、设备市场调研专用表（ ） | | | | | 2、医疗器械生产、经营许可证（ ） | | | | 3、产品授权书（ ） | | | |
| **4、注册证号（ ）**  **有效期截止时间（ 年 月）\*距填表时间截止期不足半年的，需提交续期证明：如续期受理函等。** | | | | | 5、生产、经营营业执照（ ） | | | | 6、法人证明（）  法人授权人证明（） | | | |
| 同型号销售记录（**包含成交配置清单**） | | 1、优先提供深圳、广州三甲医院、妇幼保健医院含配置的成交记录；  2、**证明资料包括：合同关键页（含配置清单）、投标文件关键页（含配置清单及参数页面）、招标文件关键页（含配置清单及参数页面）、有载明配置清单的开箱报告、验收报告等资料作为附件。** | | | | | | | | | | | | |
| 1.医院名称： ；成交价格（万元）： | | | | | | | | | | | | |
| 2.医院名称： ；成交价格（万元）： | | | | | | | | | | | | |
| … | | | | | | | | | | | | |
| **本次参与调研的设备单台/套详细配置清单情况**  填写说明：  1、以下为**本次参与调研的设备单台/套详细配置清单情况，**需逐一列明各主要分项报价；  2、清单列明的配置**均视为包含在总报价内**的配置；  3、**根据实际自行添加行或删除空白行。** | | | | | | | | | | | | | | |
| 序号 | 配置名称 | | | 品牌型号 | 产地 | | | 数量+单位 | 单价（万元） | | | | | 是否有独立于主机的注册证 |
|  |  | | |  |  | | |  |  | | | | |  |
|  |  | | |  |  | | |  |  | | | | |  |
|  |  | | |  |  | | |  |  | | | | |  |
| … |  | | |  |  | | |  |  | | | | |  |
| **本次参与调研的设备耗材/试剂件情况**  填写说明：  1、以下为**本次参与调研的设备耗材/试剂件情况，**供应商可根据实际自行添加行；  2、请提供广东省、深圳市3家以上三甲医院耗材/试剂发票，作为报价依据；  3、设备如需专用耗材请列明，未列视为报价已包含专机专用耗材或试剂。 | | | | | | | | | | | | | | |
| **本次参与调研的设备耗材/试剂件情况** | 注册证名称（厂家+规格+注册证号） | | | 包装规格 | 是否专机专用 | | | 是否已准入我院 | 是否可收费（单独/与项目打包） | | | | 报价（元） | |
| 耗材1： | | |  |  | | |  |  | | | | 最小单位报价（元）： | |
| 广东省、深圳市3家以上三甲医院近一年收费价格：  1.（**医院名+收费价格+最小单位成交价**）；  2.（**医院名+收费价格+最小单位成交价**）；  3.（**医院名+收费价格+最小单位成交价**）； | | | | | | | | | | | | | |
| … | | |  |  | |  | |  | | | |  | |
| 试剂1： | | |  |  | |  | |  | | | | 人均每人份价格（元）： | |
| 广东省、深圳市3家以上三甲医院近一年收费价格：  1.**（医院名+收费价格+人均每人份价格）；**  2.**（医院名+收费价格+人均每人份价格）；**  3.**（医院名+收费价格+人均每人份价格）；** | | | | | | | | | | | | | |
| … | | |  |  | |  | |  | | | |  | |
| **免费质保期** | **质保期内原厂整机免费质保期限**（**不少于3年**）： **年；** | | | | | | | | | | | | | |
| **质保期外整机维保、易损件维修报价情况**  填写说明：  以下为**本次参与调研的设备质保期外整机维保、易损件维修报价情况，**供应商可根据实际自行添加行。 | | | | | | | | | | | | | | |
| **质保期外整机维保、易损件维修报价（万元）** | 整机维保 | | 1年：  **万元;** | | | 3年：  **万元;** | | | | | | 5年：  **万元;** | | |
| 易损件1： | | 1年：  **万元;** | | | 3年：  **万元;** | | | | | | 5年：  **万元;** | | |
| … | |  | | |  | | | | | |  | | |
| 价格应包含下述内容： 1）用户需求内的所有硬件以及软件费用； 2）相关技术服务费用：安装、调试、培训、至少3年免费全保修等，如为放射诊疗设备、压力容器，须要包括有资质第三方验收检测的费用。  3）本公司接受医院主管部门最终批复的预算，所有承诺有效期至项目结束。 注：本公司承诺上述信息真实、有效，如有虚假，本公司承担由此引起的一切责任。 | | | | | | | | | | | | | |
| **报名供应商单位确认（加盖单位公章）：**    **报名供应商法人（或授权代表）签字：**  年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | |

**市场调研保证金转账凭证（注明报名设备序号和设备名称）：**

|  |
| --- |
|  |