**正本/副本**

**广东医科大学附属医院遂溪医院购置需求论证会**

**（编号： ）**

**产 品 资 料 书**

**项目序号：**

**项目名称：**

**品 牌：**

**型 号：**

**报名单位名称（盖章）：**

**报名单位地址：**

**报名单位联系人：**

**联系方式：**

**邮 箱：**

**备注：**

**1、每个项目一份产品资料书，不接受装订不规范的文件。**

**2、产品资料书纸质版一正五副（加盖公章），外包装使用此封面，封口处贴封条并加盖公章。**

**目 录**

**[一、报名函](#_Toc99009480)** [1](#_Toc99009480)

**[二、技术参数](#_Toc99009481)** [2](#_Toc99009481)

**[三、配置清单](#_Toc99009482)** [3](#_Toc99009482)

**[四、进口产品对比表](#_Toc99009483)** [3](#_Toc99009483)

**[五、进口产品明细表](#_Toc99009485)** [4](#_Toc99009485)

**[六、厂家资料](#_Toc99009487)** [4](#_Toc99009487)

[1、厂家简介 4](#_Toc99009488)

[2、厂家资质文件 4](#_Toc99009489)

[（1）营业执照 4](#_Toc99009490)

[（2）《中华人民共和国医疗器械注册证》和《医疗器械产品注册登记表》（《第一类医疗器械备案凭证》和《第一类医疗器械备案信息表》） 4](#_Toc99009491)

[（3）计量器具须提供计量证、消毒类设备须提供卫生行政部门批件 4](#_Toc99009492)

[（4）近三年广东省二甲以上医院客户名单或全国同级别医院用户名单 4](#_Toc99009493)

[（5）提供至少三家二甲以上医院成交记录证明 4](#_Toc99009494)

[3、产品安装场地要求条件 4](#_Toc99009495)

[4、厂家售后服务承诺书 5](#_Toc99009496)

[5、产品易损零配件、高值零配件及易消耗零配件情况 5](#_Toc99009497)

[6、产品适用多种品牌同类耗材或无须耗材承诺函 5](#_Toc99009498)

[7、产品彩页 5](#_Toc99009499)

[8、产品白皮书 5](#_Toc99009500)

**[七、报名单位资料](#_Toc99009501)** [6](#_Toc99009501)

[1、经营许可证 6](#_Toc99009502)

[2、营业执照 6](#_Toc99009503)

[3、厂家出具给代理商的授权书 6](#_Toc99009504)

[4、法定代表人身份证明书 6](#_Toc99009505)

[5、法人授权委托证明书 7](#_Toc99009506)

**一、报名****函**

**报名函**

|  |  |
| --- | --- |
| **公告名称** | 广东医科大学附属医院遂溪医院购置需求论证会邀请公告（编号： ） |
| **公告项目序号** |  | **公告项目名称** |  |
| **报名单位名称****（加盖公章）** |  |
| **报名单位地址** |  |
| **报名时间** | **2025年 月 日** |
| **报名单位联系人** |  | **联系人手机号码** |  |
| **报名单位电子邮箱** |  | **报名单位座机** |  |
| **厂家名称** |  |
| **厂家联系人** |  | **厂家联系人手机号码** |  |
| **产品名称** |  | **产品型号** |  |
| **医疗器械类别** | □一类 □二类 □三类 □无医疗器械证 | **产品数量** |  |
| **国产/进口** | □国产 □进口 | **产地** |  |
| **产品单价（含税）** |  | **产品总价（含税）** |  |
| **设备使用期限** | **（ ）年** | **到货时间** | **合同签订后\_\_\_个月** |
| **质保期（年）** | **（ ）年** |
| **质保期满后，维保一年价格** | **人工保\_\_\_\_\_\_\_\_元** | **全保\_\_\_\_\_\_\_\_\_元** |
| **质保期满后，维保三年价格** | **人工保\_\_\_\_\_\_\_\_元** | **全保\_\_\_\_\_\_\_\_\_元** |

**二、技术参数**

|  |
| --- |
| **参数描述** |
|  |
| **说明：****1、参数类型：核心技术参数标记★号、重要技术参数标记▲号、一般技术参数不用标记。****2、参数描述：**产品的功能描述，指出产品各项参数的具体含义。**3、参会单位需提供详细准确的技术参数，并对所提供的资料的真实性负责，如有作假，一经发现，立即取消资格，在二年内禁止参与我单位所有项目咨询邀请。** |

**三、配置清单**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **配置名称** | **该配置功能描述** | **数量** | **单位** |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |
| … |  |  |  |  |

**四、进口产品对比表**

**（如推荐产品为进口产品，须填写下表，对比内容不少于5项）**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **产品名称** | **序号** | **业务应用功能需求（主要使用的目的）** | **国内同类产品****(核心参数与国外产品的差异）** | **国外同类产品****(核心参数与国内产品的优势）** |
|  | 1 |  |  |  |
| 2 |  |  |  |
| 3 |  |  |  |
| 4 |  |  |  |
| 5 |  |  |  |
| … |  |  |  |

**五、进口产品明细表**

**（如推荐的产品为进口产品，须填写下表）**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 序号 | 内容 | 具体情况 |
| 1 | 是否有国产同类型产品 |  |
| 2 | 国产产品和进口产品的区别 |  |
| 3 | 采购进口产品的必要性 |  |
| 4 | 采购进口产品不可替代性 |  |
| 5 | 采购国产产品对工作的实质性影响 |  |

**六、厂家资料**

1、厂家简介（含产品市场占有率、销售情况等）

2、厂家资质文件

（1）营业执照

（2）《中华人民共和国医疗器械注册证》和《医疗器械产品注册登记表》（《第一类医疗器械备案凭证》和《第一类医疗器械备案信息表》）(如产品不具备可不提供)

（3）计量器具须提供计量证、消毒类设备须提供卫生行政部门批件

（4）近三年广东省二甲以上医院客户名单或全国同级别医院用户名单

（5）提供至少三家二甲以上医院成交记录证明（广东省内三级医院优先），如销售合同、发票等。

3、产品安装场地要求条件

4、厂家售后服务承诺书

5、产品易损零配件、高值零配件及易消耗零配件情况

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 零配件类型 | 序号 | 名称 | 规格/型号 | 价格 |
| 易损零配件 | 1 |  |  |  |
| 2 |  |  |  |
| 3 |  |  |  |
| 4 |  |  |  |
| 5 |  |  |  |
| … |  |  |  |
| 高值零配件 | 1 |  |  |  |
| 2 |  |  |  |
| 3 |  |  |  |
| 4 |  |  |  |
| 5 |  |  |  |
| … |  |  |  |
| 易消耗零配件 | 1 |  |  |  |
| 2 |  |  |  |
| 3 |  |  |  |
| 4 |  |  |  |
| 5 |  |  |  |
| … |  |  |  |

**（提供销售给其他同级医院零配件的发票复印件，如无法提供发票复印件，请提供厂家出具的说明函。）**

6、产品适用多种品牌同类耗材或无须耗材承诺函

7、产品彩页（若彩页为PDF格式请转化成JPG格式插入）

8、产品白皮书

**七、报名单位资料**

1、经营许可证

2、营业执照

3、厂家出具给代理商的授权书

4、法定代表人身份证明书

**法定代表人身份证明书**

致：

同志，现任我单位职务，为法定代表人，特此证明。

签发日期： 单位：（盖章）

附：代表人性别： 年龄： 身份证号码：

联系电话：

营业执照号码： 经济性质：

主营（产）：

兼营（产）：

说明：1、法定代表人为企事业单位、国家机关、社会团体的主要行政负责人。

2、内容必须填写真实、清楚、涂改无效，不得转让、买卖。

**提示：请将法定代表人身份证复印件（正反面）粘贴在此处，并加盖公章。**

5、法人授权委托证明书

**授权委托证明书**

致：

（报名单位全称）法定代表人（姓名）兹授权（授权代表姓名）为授权代表，参加贵方组织的项目设备咨询活动。

（授权代表姓名）以我单位的名义并代表我单位签署所有设备咨询文件，进行全权处理设备咨询活动中的一切事宜，其在该项目设备咨询活动中的一切行为对我单位具有法律约束力。

有效期限：至 年 月 日

单位名称（公章）：

法定代表人（签字）：

日期： 年 月 日

授权代表（签字）：

日期： 年 月 日

**提示：请将授权代表身份证复印件（正反面）粘贴在此处，并加盖公章。**