**附件**

**采购需求推介产品资料目录**

一、资质资料

1．经销商资质（经营许可证）

2．生产厂家资质（医疗器械生产许可证）

3．产品资质（医疗器械注册证及附件）

4．重庆或西南片区维修人员名册

5．产品彩页资料

6．投递人为经销商参加的需提供授权资料：法定代表人及资料递交人的身份证复印件、法定代表人对资料递交人的授权委托书、加盖生产厂家的鲜章

7．产品市场价格佐证资料：推荐产品同品牌同型号近三年以来在重庆或其他省市二甲及以上医院的购销合同及中标通知书，含配置清单，佐证资料不少于三家，提供复印件并加盖公章。同时提供重庆市内用户名单（列明联系人及联系方式，按附件第五项的表格填写）。

备注：建议参与本次报价的产品型号、技术参数、配置清单，要与提供佐证资料中的其中一家中标产品完全相同，且报价不能高于前述提供的佐证资料中的中标型号成交价格。

二、项目一览表

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 推介公司名称 |  | | 产品名称 | | （填写注册证上的名称） |
| 生产厂家 |  | | 规格型号 | |  |
| 注册证号 |  | | 设备设计使用年限 | | （填写设备铭牌或说明书上标注的使用年限） |
| 初步报价 |  | | 联系人及联系电话 | |  |
| **设备功能要求及技术参数** | | | | | |
| 1.设备功能  ......  2.技术参数  ...... | | | | | |
| **标配清单** | | | | | |
| 序号 | 描述 | | | 数量 | |
| 1 | 填写主要配件 | | |  | |
| 2 |  | | |  | |
| 3 |  | | |  | |
| 4 |  | | |  | |
| **售后服务要求** | | | | | |
| 1 | 培训支持 | （厂家授权专业人员进行培训）（必填） | | | |
| 2 | 质保期 | （保修期内提供免费维修，配件供应）（必填） | | | |
| 3 | 维修响应 | （维修响应时间）（必填） | | | |

**备注：此表为必填内容并加盖公章。**

三、配套耗材试剂报价表

**配套耗材试剂报价表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **注册证名称**  **（挂网品名）** | **产地品牌** | **规格型号** | **计量**  **单位** | **药交平台交易情况** | | | **是否属于封闭耗材**（专机专用） | **是否可单独收费** | **物价收费项目名称及编码** | **备注** |
| **是否已上药交平台** | **药交平台**  **挂网编码** | **最低成交价（元）** |
|  | 注册证名称+挂网品名 |  |  |  | 是□ 否□ | 十七位编码 | 已挂网  最低价 |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  | 是□ 否□ |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  | 是□ 否□ |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**备注：1**．**此表标红内容、括号内描述内容请自行删除；**

**2**．**本次调研仅涉及医用设备，但设备有配套耗材/试剂的，请按此表填报相关数据，如不涉及则不填。**

**生产厂家名称： 联系人及电话：**

**供应商名称（盖章）： 授权代表人：**

**联系电话： 日 期：**

四、设备选配件及零配件耗品报价表

**设备选配件及零配件耗品报价表**

**设备名称： （此表标红内容、括号内描述内容请自行删除）**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **注册证名称/产品名称** | **品牌** | **规格型号** | **数量** | **历史成交价（元）**  **（市内他院中标价）** | **成交价**  **（提供我院报价）** | **备注** |
| 1 |  | (原厂示例) |  | 1块 | 市内二甲及以上医院历史最低成交价，合同或发票佐证对应 |  |  |
| 2 |  | （非原厂示例） |  | 1块 |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

**生产厂家名称： 联系人及电话：**

**供应商名称（盖章）： 授权代表人：**

**联系电话： 日 期：**

五、市内用户名单

**XX（设备品牌）市内用户名单**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **用户单位** | **在用设备型号** | **购置时间** | **科室使用人** | **联系方式** | **备注** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |