**抚州市第一人民医院医疗设备报名资料清单要求**

**（设备名称： 品牌及型号： ）**

**※**（以下资料**一式二份**且均须**加盖公章**。请按以下顺序**装订**）**※**

|  |
| --- |
| **第一部分：医疗设备** □1、**设备调研表：**含完整配置的设备（含**名称、品牌、型号、技术参数、配置**）。□ 2、**设备的注册证：****有效期至：** （计量器具提供计量证、消毒类设备提供卫生部门批件。）□3**、销售业绩清单：**提供三家三甲医院合同（含配置清单）复印件或发票复印件或中标通知书或进关单复印件。□ 4、**厂家三证**：生产许可证、营业执照、税务登记证。□ 5、**代理公司三证**：经营许可证、营业执照、税务登记证。□ 6、**授权书**：1、厂家给销售公司的授权书（有效期至 ）（要求半年以上）2、销售公司给业务员的授权书及身份证复印件□ 7、**产品彩图。**□ 8、**厂家售后服务承诺书**。**第二部分：设备配套耗材**□ **如设备不需配套耗材或试剂，请提供厂家出具不需专机专用耗材的保证函；**□ **如需使用配套耗材或试剂，请按以下资料顺序整理。**□ 1、**产品报价表**（包括：名称、规格/型号、厂家、注册证及其有效期、市场报价及优惠价）□ 2、**耗材或试剂的产品注册证**□ 3、**集中招标采购中标价格及27位医保编码**（截图，三份以上）□ 4、**代理公司销售给其他同级医院发票复印件**□ 5、**厂家三证**：生产许可证、营业执照、税务登记证。□ 6、**代理公司三证**：经营许可证、营业执照、税务登记证。□ 7、**授权书**：1、厂家给销售公司的授权书 2、销售公司给业务员的授权书及身份证复印件□ 8、**产品彩图或样品。** |
| 供应商名称： 联系人： 联系电话： 邮箱： |

填表说明：1、相对应的资料齐全的就在左边的□“√”，如资料缺一或提供虚假资料一概**不收且不通过**，并且设备、耗材各**分开一叠**。