**南方医科大学第五附属医院**

**尿流动力学检查系统项目**

**报名资料**

**项目编号：NYWYH20240012**

**2024年10月**

**目 录**

**[第一部分 报名注意事项 1](#_Toc18135)**

**[第二部分 供应商报名需提供资料目录 2](#_Toc31759)**

**[第三部分 相关格式文件模板 3](#_Toc31759)**

## 第一部分 报名注意事项

一、请在报名截止时间前完成电子邮件报名，以便做好采购评审前的准备工作。电子邮件报名需提供资料：

1.报名表（Word文档版和PDF版）

2.报名资料（电子版PDF）

①Word版：将报名表下载填入相关信息

②PDF版：将报名表下载打印后，**手写填写相关信息并盖章后扫描成PDF版**。

3.报名资料按相关格式要求整理后打印成纸质版，加盖公章后扫描成PDF版。

4.报名邮箱地址：[nywycgb@126.com](mailto:nywycgb@126.com)，邮件名、文件名格式：项目名称+项目编号+公司名全称。（如：南方医科大学第五附属医院尿流动力学检查系统项目+NYWYH20240012+公司名称）

5.报名资料邮件发送后电话联系医院确认是否收到资料。

二、供应商须对材料的真实性负责，如发现虚假材料将被取消评审资格、列入供应商黑名单，并依法追究相关责任。

三、供应商应如约参与我院采购评审会议，如因特殊情况未能参加需提前告知，无故缺席将被记入我院供应商不良信用档案。（采购会议具体时间与地点另行通知）

四、报名供应商需仔细阅读报名注意事项，如不按照报名注意事项要求进行报名，后果由供应商自负。

五、材料中的任何重要的插字、涂改和增删，必须由法定代表人或经其正式授权的代表在旁边加盖公章或签字才有效。

## 供应商报名需提供资料目录

1.封面**（详见相关格式文件）**

2.营业执照**（必须是中华人民共和国境内注册的独立法人，持有有效的企业法人营业执照；提交有效的营业执照或事业法人登记证或身份证等相关证明副本复印件。分支机构参与响应的，须提供总公司和分公司营业执照副本复印件，总公司出具给分支机构的授权书）**

3.供应商法定代表人资格证明书**（详见相关格式文件）**

4.应商法定代表人授权委托书**（详见相关格式文件）**

5.具有良好的商业信誉和健全的财务会计制度；**（提供声明函，格式自拟，并加盖供应商公章）**

6.具有履行合同所必需的设备和专业技术能力；**（提供填报设备及专业技术能力情况或者提供声明函，格式自拟，并加盖供应商公章）**

7.具有依法缴纳税收和社会保障资金的良好记录；**（提供声明函，格式自拟，并加盖供应商公章）**

8. 2020年12月1日以来企业及其法定代表人未被人民法院列入“失信被执行人名单”；**（提供“信用中国”网站或全国法院被执行人信息查询的网页截图，并加盖供应商公章）**

9. 2020年12月1日以来参加政府采购经营活动中没有重大违法记录；**（提供声明函，格式自拟，并加盖供应商公章）**

10. 提供制造厂商的合格的营业执照、生产许可证（国产）、注册证或者备案证（适用于纳入医疗设备管理目录）；如为进口产品提供总代的营业执照、经营许可证。**（提供相关证明文件材料并加盖供应商公章）**

11. 如参与者为代理经销商且代理产品为进口产品；**（提供从制造厂商到代理经销商对所投产品的合法有效授权证明文件，并加盖供应商公章，如提供资料非中文版，请同时另提供中文版加盖供应商公章）**

12. 法定代表人或单位负责人为同一人或者存在直接控股、管理关系的不同响应单位，不得参加同一合同项下的政府采购活动；**（提供声明函，格式自拟，并加盖供应商公章）**

13. 本项目不接受联合体。**（提供声明函，格式自拟，并加盖供应商公章）**

14.报价表**（详见相关格式文件）**

## 第三部分 相关格式文件模板

**南方医科大学第五附属医院**

**\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*采购项目**

**报名资料**

项目编号：

公司名称：

业务代表：

联系电话：

联系邮箱：

日 期：

营业执照（**必须是中华人民共和国境内注册的独立法人，持有有效的企业法人营业执照；提交有效的营业执照或事业法人登记证或身份证等相关证明副本复印件。分支机构参与响应的，须提供总公司和分公司营业执照副本复印件，总公司出具给分支机构的授权书）**

**法定代表人资格证明书**

兹证明， 同志， （性别），现任我司 职务，为本公司的法定代表人，特此证明。

公司法定代表人签字（盖章）：

公司名称（加盖公章）：

日期：

 

**法定代表人授权委托书**

**本授权书声明：**

注册于 （公司地址） （公司名称）的 （法定代表人姓名、职务）代表本公司授权 （被授权人的姓名、职务、联系方式）为本公司的合法代表，以本公司名义负责处理在南方医科大学第五附属医院 \*\*\*项目院内采购活动中一切与之相关的事宜。

本授权书在签字盖章后生效，特此声明。

公司法定代表人签字（盖章）：

被授权人签字（盖章）：

公司名称（加盖公章）：

日期 ：



具有良好的商业信誉和健全的财务会计制度；**（提供声明函，格式自拟，并加盖供应商公章）**

具有履行合同所必需的设备和专业技术能力；**（提供填报设备及专业技术能力情况或者提供声明函，格式自拟，并加盖供应商公章）**

具有依法缴纳税收和社会保障资金的良好记录；**（提供声明函，格式自拟，并加盖供应商公章）**

2020年12月1日以来企业及其法定代表人未被人民法院列入“失信被执行人名单”；**（提供“信用中国”网站或全国法院被执行人信息查询的网页截图，并加盖供应商公章）**

2020年12月1日以来参加政府采购经营活动中没有重大违法记录；**（提供声明函，格式自拟，并加盖供应商公章）**

提供制造厂商的合格的营业执照、生产许可证（国产）、注册证或者备案证（适用于纳入医疗设备管理目录）；如为进口产品提供总代的营业执照、经营许可证。**（提供相关证明文件材料并加盖供应商公章）**

如参与者为代理经销商且代理产品为进口产品；**（提供从制造厂商到代理经销商对所投产品的合法有效授权证明文件，并加盖供应商公章，如提供资料非中文版，请同时另提供中文版加盖供应商公章）**

法定代表人或单位负责人为同一人或者存在直接控股、管理关系的不同响应单位，不得参加同一合同项下的政府采购活动；**（提供声明函，格式自拟，并加盖供应商公章）**

本项目不接受联合体。**（提供声明函，格式自拟，并加盖供应商公章）**

报价表

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 项目名称 | 产品注册证名称 | 品牌 | 型号 | 产地 | 上市时间 | 初始报价  （元/台） | 数量 |
|  |  |  |  |  |  |  | 1 |
| 合计（元）： | | | 合计金额大写： | | | | |

温馨提示：壹、贰、叁、肆、伍、陆、柒、捌、玖、拾 、佰、仟、万

附加内容：

附加说明：

1）供货期：

2）保修期：验收合格后整机保修 年；

3）故障维修响应时间为 小时， 小时内工程师能到达现场； 小时内修复；如不能修复，保证提供(□同型号□同类型)设备备用机于采购人使用；

4）提供：□维修培训 □维修手册 □电路图 □维修密码

□软件终身免费重装升级 □数据采集的接口协议

5）保修期后只收零配件费用 □是 □否 □无零配件

主要零配件价格：

专机专用耗材报价（如有）：

公司名称（加盖公章）：

公司法定代表人或授权代表签名：

日 期： 年 月 日