**南方医科大学第五附属医院**

**实时荧光定量PCR仪、多通道荧光定量分析仪**

**项目**

**报名资料**

**项目编号：NYWYH20250020**

**2025年6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）

①Word版：将附件2：报名表下载填入相关信息

②PDF版：**打字填写相关信息并盖章后扫描成PDF版**。

2.报名资料（电子版PDF）

①PDF版：**按照第三部分相关格式文件模板，整理需要提供的资料后打印成纸质版，签名并盖公章后，扫描成PDF版**。

3.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实时荧光定量PCR仪、多通道荧光定量分析仪项目+NYWYH20250020+公司名称）

4.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.具有独立承担民事责任的能力：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.供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；**（提供承诺函，并加盖公章）**

6.具有履行合同所必需的设备和专业技术能力；**（提供承诺函，并加盖公章）**

7.有依法缴纳税收和社会保障资金的良好记录；**（提供承诺函，并加盖公章）**

8.参加采购活动前三年内，在经营活动中没有重大违法记录；**（提供承诺函，并加盖公章）**；重大违法记录，是指供应商因违法经营受到刑事处罚或者责令停产停业、吊销许可证或者执照、较大数额罚款等行政处罚。（较大数额罚款按照《财政部关于<中华人民共和国政府采购法实施条例>第十九条第一款“较大数额罚款”具体适用问题的意见》（财库〔2022〕3号）执行）；

9.单位负责人为同一人或者存在直接控股、管理关系的不同供应商，不得参加同一合同项下的采购活动；**（提供承诺函，并加盖公章）**

10.本项目不接受联合体响应；**（提供承诺函，并加盖公章）**

11.本项目不允许分包、转包；**（提供承诺函，并加盖公章）**

12.供应商应具有有效的且与所投项目相适应的医疗器械生产许可或经营许可**（适用于第二、三类医疗器械）**，即:

**如供应商为所投产品的生产企业:**所投产品为第二、三类医疗器械，提供监督管理部门签发的有效的《医疗器械生产许可证》复印件(如国家另有规定，则适用其规定)。

**如供应商为经营企业：**

**所投产品为第二类医疗器械，**提供监督管理部门签发的有效的《第二类医疗器械经营备案凭证》复印件(如国家另有规定，则适用其规定)。

**所投产品为第三类医疗器械，**提供监督管理部门签发的有效的《医疗器械经营许可证》复印件(如国家另有规定，则适用其规定)。

13.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**

**\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*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：

具有独立承担民事责任的能力：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。

供应商法定代表人签字（盖章）：

供应商名称（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 **（供应商注册地址）** **（供应商名称）**的 **（供应商法定代表人姓名、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。

授权日期： 至

本授权书在签字盖章后生效，特此声明。

供应商法定代表人签字（盖章）：

供应商被授权人签字（盖章）：

供应商名称（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；**（提供承诺函，并加盖公章）**

具有履行合同所必需的设备和专业技术能力；**（提供承诺函，并加盖公章）**

有依法缴纳税收和社会保障资金的良好记录；**（提供承诺函，并加盖公章）**

参加采购活动前三年内，在经营活动中没有重大违法记录；**（提供承诺函，并加盖公章）**；重大违法记录，是指供应商因违法经营受到刑事处罚或者责令停产停业、吊销许可证或者执照、较大数额罚款等行政处罚。（较大数额罚款按照《财政部关于<中华人民共和国政府采购法实施条例>第十九条第一款“较大数额罚款”具体适用问题的意见》（财库〔2022〕3号）执行）；

单位负责人为同一人或者存在直接控股、管理关系的不同供应商，不得参加同一合同项下的采购活动；**（提供承诺函，并加盖公章）**

本项目不接受联合体响应；**（提供承诺函，并加盖公章）**

本项目不允许分包、转包；**（提供承诺函，并加盖公章）**

**（以上要求提供一份承诺函即可）**

**需要提供承诺函的可以参考一下模板**

**承诺函**

致：南方医科大学第五附属医院

本公司参加贵方组织的南方医科大学第五附属医院xxx项目（项目编号：xxx）的院内采购活动作出如下郑重承诺：

1. 我方具有独立承担民事责任的能力；
2. 我方具有良好的商业信誉和健全的财务会计制度；
3. 我方具有履行合同所必需的设备和专业技术能力；
4. 我方有依法缴纳税收和社会保障资金的良好记录；
5. 参加采购活动前三年内，在经营活动中没有重大违法记录；
6. 我方不存在以下情况：单位负责人为同一人或者存在直接控股、管理关系的不同供应商，参加同一合同项下的采购活动；
7. 我方不存在以下情况：以联合体形式参加本项目院内采购活动；
8. 我方不存在以下情况：以分包、转包形式参加本项目院内采购活动；

如有违法、违规、弄虚作假行为，所造成的损失、不良后果及法律责任，一律由我方承担。

特此承诺！

供应商名称（盖章）：

供应商法定代表人（或法定代表人授权代表）（签字或盖章）：

日期： 年 月 日

供应商应当具备的其他资格条件；供应商应具有有效的且与所投项目相适应的医疗器械生产许可或经营许可**（适用于第二、三类医疗器械）**，即:如供应商为所投产品的生产企业:所投产品为第二、三类医疗器械，提供监督管理部门签发的有效的《医疗器械生产许可证》复印件(如国家另有规定，则适用其规定)。如供应商为经营企业：所投产品为第二类医疗器械，提供监督管理部门签发的有效的《第二类医疗器械经营备案凭证》复印件(如国家另有规定，则适用其规定)。如供应商为经营企业:所投产品为第三类医疗器械，提供监督管理部门签发的有效的《医疗器械经营许可证》复印件(如国家另有规定，则适用其规定)；

**报价表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 项目名称 | 注册证产品名称 | 品牌 | 型号 | 产地 | 厂家 | 单价  （元） | 数量 | 总价（元） |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 总价金额（大写）： | | | | | | | | |

备注：

1.温馨提示（金额大写）：壹、贰、叁、肆、伍、陆、柒、捌、玖、拾 、佰、仟、万

2.其他承诺：

3.附加说明：

1）供货期：签订合同后 天内完成供货。

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）：

供应商名称（公章）：

供应商法定代表人或授权代表签名：

日 期： 年 月 日