无锡市第二人民医院（江南大学附属中心医院）

 （医用耗材、化学试剂调研项目）

**报**

**名**

**材**

**料**

销售单位名称： （盖单位章）

法定代表人或其委托代理人： （签字）

产品生产厂家（品牌）：

 年 月 日

目录

[医用耗材、化学试剂调研项目报名信息登记表 3](#_Toc97131766)

[生产厂家资质 4](#_Toc97131768)

[供货商/经销商资质 5](#_Toc97131769)

[其他材料 5](#_Toc97131770)

# 无锡市第二人民医院（江南大学附属中心医院）

# 医用耗材、化学试剂调研项目报名信息登记表

|  |  |
| --- | --- |
| 医用耗材名称（注册证） |  |
| 生产企业 |  |
| 规格型号 |  | 最小包装单位 |  |
| 27位国家医保编码 |  |
| 注册证号或备案凭证号 |  | 有效期至 |  |
| 生产许可证号 |  | 有效期至 |  |
| 收费情况 | * 可单独计价收费
 | 收费编码：  | * 不可单独计价收费
 |
| * 医疗服务项目收费
 | 项目收费编码：  | 项目收费价格：  |
| 中标情况 | 江苏省中标产品（编码： ） | 中标（挂网）价（元） |  |
| 本次报价（元） |  |
| 联系人及联系方式 |  |
| 供应商承诺 | 1、提供的一切材料都是真实的、准确的；2、所供应的产品资质齐全、质量合格、保证供应；3、供应价为江苏省最低价。  **（单位盖章）** | 法人或授权委托人签名：日期： |

# 生产厂家资质

**国产产品：**

1. 生产厂家营业执照
2. 产品彩页及说明文件

3. 产品若作为第一类医疗器械管理：第一类医疗器械生产备案凭证、第一类医疗器械备案凭证及信息表

产品若作为第二类医疗器械管理：医疗器械生产许可证、医疗器械生产产品登记表、医疗器械注册证

产品若作为第三类医疗器械管理：医疗器械生产许可证、医疗器械生产产品登记表、医疗器械注册证

附一份查询注册证时的药监部门网站截图。

**进口产品：**

1. 国内总代营业执照
2. 产品彩页及说明文件
3. 产品若作为第一类医疗器械管理：第一类医疗器械备案凭证及信息表

产品若作为第二类医疗器械管理：第二类医疗器械经营备案凭证（经营范围须有该类产品）、医疗器械注册证

产品若作为第三类医疗器械管理： 医疗器械经营许可证（经营范围须有该类产品）、医疗器械注册证

附一份查询注册证时的药监部门网站截图。

# 供货商/经销商资质

1. 产品代理授权书
2. 供货商/经销商营业执照
3. 经营产品若为第二类医疗器械：第二类医疗器械经营备案凭证（经营范围须有该类产品）

经营产品若为第三类医疗器械：医疗器械经营许可证（经营范围须有该类产品）

1. 法定代表人身份证明和授权委托书（详见附件1）

# 其他材料

1. 用户名单、采购时间、供货单价及联系人（部门）
2. 其他医院供货发票
3. Excel版本医用耗材、化学试剂调研项目报名表（Excel电子版及盖章扫描件均须提交）（详见附件2）

备注：有意向者必须提供符合我院要求的以上报名材料，并按上述目录顺序装订成册。纸质文件一份加盖公章提交至南院区6号楼902医学工程处办公室，并扫描生成一份PDF格式文件+附件2 excel格式文件发送至wxeysbk@163.com（以产品名称+公司+品牌命名）。保证所提供的材料真实、有效、齐全，承担相应的法律责任。

**报名公司需严格按照上述目录内容及要求递交报名材料，否则视为自动弃权！**

附件1

**法定代表人身份证明**

单位名称：

单位性质：

地址：

成立时间：

经营期限：

姓名： 性别： 年龄： 职务： 身份证号码： 系 （单位名称）的法定代表人。

特此证明。

单位： （盖单位章）

2023 年 月 日

法定代表人身份证复印件

**法定代表人授权委托书**

法定代表人身份证复印件（反面）

法定代表人身份证复印件（正面）

本人 （姓名）系 （投标人名称）的法定代表人，现委托 （姓名）为我方代理人。代理人根据授权，以我方名义全权处理一切与 （项目名称）投标有关的事宜，其法律后果由我方承担。

委托期限： 年 月 日至 年 月 日

代理人无转委托权。

附：法定代表人身份证明

报名单位： （盖单位章）

法定代表人： （签字）

身份证号码：

委托代理人： （签字）

身份证号码：

 2023年 月 日

委托代理人身份证复印件

委托代理人身份证复印件（反面）

委托代理人身份证复印件（正面）