**附件1： 苏北人民医院医用耗材/试剂遴选报名须知**

**请详细阅读以下内容，按要求提交报名材料！**

**一、遴选项目详见公告内容，参选报名请填写《附件2：医用耗材供应商报名信息表》或《附件3：试剂供应商报名信息表》。**

**二、报名参选的企业及参选产品必须遵守以下规定，否则报名无效！**

（一）参选产品必须是江苏省药品和医用耗材招采平台（以下简称“省平台”）挂网产品，参选企业必须是该产品省平台已勾选的配送企业，如果省平台挂网产品中没有符合我院要求的产品，方可接受非挂网产品报名；

（二）临床诊疗诊断用耗材、试剂必须具有医疗器械注册证或医疗器械备案凭证；

（三）参选产品的规格、临床用途须符合公告要求；

（四）涉及政府带量采购的品类，参选产品的品类、规格、报价不得与政府带量采购要求发生冲突。

**三、遴选材料要求：**

**1.遴选响应文件（不含供货报价）**

1.1遴选响应文件封面**（格式见附页）；**

1.2遴选响应文件目录**（自拟，标注页码）**；

1.3参选项目的官网公告截图；

1.4参选报名时填写的《医用耗材供应商报名信息表》或《试剂供应商报名信息表》；

1.5供应商有效证件（营业执照、经营许可证或备案凭证等复印件）；

1.6供货商法人授权使用统一文件格式（见附页）；

1.7生产企业有效证件（营业执照、国产产品生产许可证及附件等复印件）；

1.8产品授权文件：国产产品从注册人开始，进口产品从注册代理人开始的各级连续授权文件，授权的内容、权限、日期必须明确有效，授权文件中涉及到的文件、附件必须提供；

1.9产品资质文件：临床诊疗用耗材、试剂注册证或备案凭证复印件，包括所有附件、附页、变更文件以及配套中文说明书、中文标签样本等；不作医疗器械管理的产品可提供符合国家或行业规定的产品资质材料。

1.10江苏省平台产品截图以及配送商截图。如是非省平台挂网产品，应不高于同级医院采购该产品以来最低的供货价格（提供承诺函，格式自拟）。

**1.11 2023年以来用户名单（如是三甲医院，请注明）**。

**1.12 2023年以来江苏省内三甲医院名单以及合同复印件或相关发票复印件**（提供省内三甲医院官网截图；仅限含参选产品同样规格型号的价格证明，价格不得隐去，否则视为无效业绩）。

1.13医用耗材、试剂供应商承诺函（格式见附页）。

1.14产品彩页（彩页须含关键技术参数）或技术参数白皮书复印件。

1.15其他自行提供的文件。

**2.参选报名提交材料**

2.1请将上述所有文件每页加盖公司公章后，扫描制作成一份pdf文件，以耗材/试剂名称+公司全称”格式。分别发送至下述联系人邮箱，**一份纸质版材料交至苏北人民医院18号楼517招标采购中心报名（**2025年7月25日至2025年8月1日8:00至17:30（公休、节假日除外）**）,逾期无效**，

**公司需严格按照本清单内容递交材料，否则视为自动弃权**！

邮箱：xingchhy@163.com 和975271798@qq.com

2.2提交报名信息表，应如实填写，如填写错误或者填写信息不全，导致报名预审失败由供应商自行承担。（其中供货报价，报名时无须填写，待遴选现场提供纸质材料时填写）

2.3供应商参加多项报名的，文件逐一发送，不打包、不压缩。

**3.现场遴选提交材料**

接采购人通知参与现场遴选时需提供**纸质材料（3份：1份“正本”和2份“副本”，加盖经营企业公章）以及PDF文件（遴选响应文件盖章后的逐页连续扫描件。以U盘形式提交）**。现场交流时请准备好产品样品**供现场评审或临床试用**，样品须在有效期内且与报名参选的规格型号完全一致。

**注意：**

1.所提供的资料、样品必须真实有效并符合要求。所有资料文件按顺序进行编排，并**注明页码**。由于未按模板填写、编排混乱导致文件被误读或查找不到，其责任由供应商承担。

2.2.参选现场，我院将对耗材相关事宜进行详细咨询，除被授权人参会外，请**安排（**如需)**熟悉耗材、试剂性能、配置、技术指标、售后服务等情况的人员一起参会**。

**苏北人民医院**

**医用耗材、试剂遴选采购项目**

**遴选响应文件**

（正本）

**耗材/试剂名称：**

公司名称：

地址：

联系人：

联系电话：

邮箱：

公章：

参选企业类型：□ 生产厂家；□ 进口总代理；□ 一级代理；□二级代理

**医用耗材、试剂遴选参选承诺函**

致苏北人民医院：

本企业（企业全称，以下简称本企业） 在阅读了苏北人民医院医用耗材、试剂遴选采购及相关附件后，决定按照要求报名参选并承诺如下：

1．本企业已详细阅读研究了遴选公告及附件，我们完全理解并认可贵院的相关原则及流程，同意放弃对这方面有不明及误解的权利。

2．本企业保证在贵院遴选采购过程中所提供的与参选产品相关的生产经营资质、产品资料、医院使用要求与限制、使用物料成本以及收费等方面的信息真实、全面、有效，如有违反，愿承担相应责任。

3．本企业保证近两年内，在生产和经营活动中无严重违法违纪记录，并保证在本次遴选采购过程中没有任何违法违规行为。

4．如果本企业参加遴选采购的产品入选，本企业保证严格遵守江苏省有关医用耗材阳光采购相关规定以及贵院耗材配送流程及时、足量配送产品并保证实际供货价为全省最低价。

5．参加遴选采购或供货期间，若产品在政府医用耗材阳光交易平台重新进行了招标、价格动态调减、带量采购等，本企业同意积极配合并承诺接受最终结果。

6．如果违反以上承诺，本企业愿意承担违约责任。

企业名称（盖章）：

法定代表人（签字）：

日期： 年 月 日

**法定代表人授权书**

致苏北人民医院：

本授权书声明，注册于 （企业住所）的\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_（企业名称）的 （法定代表人姓名）代表本企业授权 （被授权人姓名、身份证号码）为本企业的唯一合法代理人，代表本企业在你院全权处理有关医用耗材、试剂销售事宜，包括参加遴选采购、签订购销合同、执行和完成合同规定的产品配送及售后服务工作等。本企业认可被授权人签字的文件对本企业具备法律效力。

授权有效期限： 年 月 日起至 年 月 日结束。

法定代表人签字： 法人联系电话：

被授权人签字： 被授权人电话：

企业固定电话： 业务邮箱：

出具授权日期：

企业公章：

**被授权人**

**照片面清晰复印件**

**法定代表人**

**照片面清晰复印件**