附件2：

**资格要求**

1. 具备合法的独立法人资格。
2. 提供企业的营业执照和食品药品监督管理部门颁发的医疗器械经营或生产企业许可证，以及医疗器械产品注册证。
3. 具有各级代理授权书，包括国内生产企业或进口产品的国内总代理商或唯一指定代理商、浙江省级代理商、区域代理商。
4. 所有证照均需齐全、在有效内且无超范围经营现象。
5. 商业信誉良好，近两年内经营活动无不良记录信息。
6. 售后服务要求
7. 具有完善的销售供应和售后服务的保障体系，接到供货通知后,须24小时内安排发货；加急物资需随叫随送。
8. 产品送货当日距产品失效期不小于6个月。
9. 配送由报名单位或报名单位委托的配送企业负责并搬运入库，配合医院SPD管理；物品包装破损或质量有问题要求无条件更换。批间差必须符合产品说明书。

**产品要求**

一、所投产品入围浙江省耗材采购平台数据库，同时有国家医保医用耗材代码，国家平台流水号，阳光采购类耗材不得高于平台数据库价格。

* 1. 对于已经在我院供货的产品，报价不得高于现供货价。
  2. 报价价格应包括运费、安装调试费、培训费等费用。
  3. 本次议价后最终价格为协议执行价格，供货期内，医院会根据浙江省浙江省耗材采购平台数据库价格进行调整。
  4. 为防止出现恶意扰乱遴选程序的报价，报价明显高于市场价或明显低于成本价的，视为无效报价处理。
  5. 报名单位如违反上述条款，将被取消资格或终止合同（协议）。
  6. 本次耗材遴选需提供试用品至少2套，与报名文件一起递交。

一、报名文件内容包括（逐页加盖公章）：

1） 报名单位工商营业执照

2） 报名单位医疗器械经营许可证

3） 报名单位税务登记证

4） 报名单位开户银行、 帐号

5） 受委托人身份证复印件

6） 生产厂家营业执照

7） 生产厂家生产许可证

8） 生产厂家对经销商的逐级授权书

9） 医疗器械注册证（按投标产品目录次序）

10） 医疗器械生产企业检验报告（国产）、医疗器械入境货物检验检疫证明（进口）

二、经营企业若代理多个生产企业产品，其生产企业及产品注册证以生产企业为单位，如产品较多每个生产企业及产品注册证可分开装订成册。

三、报名单位有下列情况之一的，其报名文件将被拒绝或作无效处理：

1. 未在规定时间内将文件送达规定地点的。
2. 文件未按要求加盖公章或签署不符合要求的。
3. 文件无法人代表签字或签字无法人代表有效委托的。
4. 报名单位不符合投标单位资格要求的。
5. 报名单位不符合产品报价要求的。
6. 报名文件中提供伪造、虚假材料的。

# 法人代表人授权委托书

致瑞安市妇幼保健院院：

兹委派我单位 先生/女士，身份证号： ，联系方式：固定电话 ，手机号 ，代表我公司参加贵院此次医疗耗材议价（编号： ），全权处理过程中的一切事项。本次委托有效期为签发之日起至合同履行完毕之日止。

本委托书必须由本公司法定代表人签字盖章，并加盖本公司公章方为有效。

单位名称（盖章）：

法定代表人（签字）：

受委托人（签字）：

签发日期： 年 月 日

**产品质量与服务承诺书**

致瑞安市妇幼保健院：

我公司本着规范生产，合法经营的原则，特对贵院承诺如下：

1. 我公司销售的医疗器械产品质量符合国家标准，公司各种证照齐全。
2. 我公司提供完善的销售供应和售后服务保障体系，接到供货通知后,在24小时内安排送货；加急情况下随叫随送，负责货物搬运入库，并配合医院SPD管理。
3. 若产品不符合医院需求、外包装破损或存在质量问题我公司无条件更换或退货。不以任何理由擅自停止产品的供应，否则贵方有权终止与本公司所以业务并追究由此造成的损失。
4. 本公司销售的产品因质量问题或售后服务不当引起的医疗事故、医疗纠纷，本公司承担事故处理及责任赔偿等相应的责任。
5. 公司承诺此次议价报价不高于公司在省内其他医院的供货价。
6. 协助医院廉政、廉洁行医建设，依法文明经商。不采用不正当或非法的经营手段。如有不正当或非法经营活动，本公司愿承担一切相应的责任。

单位名称（盖章）：

法定代表人（签字）：

日期： 年 月 日

**价格承诺书**

致瑞安市妇幼保健院：

今承诺我公司耗材报价不高于温州市内其他医疗机构的销售价格，若发现其他医疗机构销售价格低于本次报价，则取消本次报价资格。

承诺公司：

法人：

时间：