正本

**医疗设备信息征询会**

**响应文件**

**（商务及报价部分）**

采购单位：苏州科技城医院

使用部门：

项目名称：（多个产品需一并罗列）

投标人：（盖章）

联系人：

联系电话：

日期： 年 月 日

**目 录**

**一、投标人资格证明文件**

1. **投标人营业执照副本复印件………………………………（页码）**
2. **医疗器械生产企业许可证、医疗器械经营企业许可证复印件……………………………………………………………（页码）**
3. **法人及法人授权代表身份证复印件………………………（页码）**
4. **法定代表人授权委托书原件、制造商或销售商代理授权书原件……………………………………………………………（页码）**
5. **《医疗器械产品注册证》、注册处登记表（如属医疗器械）…………………………………………………………（页码）**
6. **其它相关证明文件（根据采购项决定）…………………（页码）**

**二、产品报价单**

**苏州科技城医院设备论证会报价**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **设备名称** | **品牌型号** | **数量** | **单价** | **总价** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **合计** |  |

**若涉及耗材请填下表：**

**涉及的耗材品种及价格**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **耗材名称** | **单价** | **是否中标** | **中标编号** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**优惠条款：**

公司名称：（盖章）

授权代表：

联系电话：

日 期： 年 月 日

正本

**医疗设备信息征询会**

**响应文件**

**（技术部分）**

采购单位：苏州科技城医院

使用部门：

项目名称：（多个产品需一并罗列）

投标人：（盖章）

联系人：

联系电话：

日期： 年 月 日

**目 录**

1. **苏州科技城医院医疗设备问询表…………………………（页码）**
2. **所投产品配置清单（如涉及耗材，须说明耗材清单、中标情况及价格）………………………………………………………（页码）**
3. **所投产品技术资料、彩图（中文）………………………（页码）**
4. **投标人近三年来与本次招标相同产品的用户名单及联系方式，并提供1～２份中标合同原件………………………………（页码）**
5. **售中、售后服务及相关培训服务承诺（医疗设备免费原厂质保期≥ 3年）……………………………………………………（页码）**
6. **设备交付使用时间…………………………………………（页码）**
7. **设备质保期满后的零配件价格及人工费用情况说明……（页码）**

**苏州科技城医院医疗设备问询表**

|  |  |
| --- | --- |
| **产品名称** |  |
| **品牌型号规格** |  |
| **注册证号** |  |
| **生产商****（注明产地）** |  |
| **产品标准****功能配置****（可附页说明）** |  |
| **简要说明****产品优缺点****（限300字）** |  |
| **设备对水、电、建****筑和不间断电源等****有无特殊要求** |  |
| **设备配套****消耗品及价格** | 是（请填写品名及中标编码）： |
| 否（请填写品名及承诺价格）： |
| **近三年该设备****附近用户名单****（限5家）** | 江苏省外： |
| 江苏省内： |
| 苏州市内： |
| **售后服务承诺** |  |
| **承诺供货时间** |  |
| **其它说明** |  |
| **厂家/代理商签字盖章附授权** |  |
| **联系人联系方式** | 联系人： | 联系电话： |