天津市中医药研究院附属医院耗材调研遴选通知

我院拟对一次性针灸针进行院内调研遴选。请有意向的在天津市医药采购中心入围厂家或供应商，于规定时间内将相关资料递交设备物资处。

**报名材料（以下材料为必须提供，如不能完全提供将视为条件不足放弃参加调研论证会）（**非医疗器械可不提供医疗类资质文件**）**

1.报名函

2.供应商的营业执照、二类备案、经营许可证(复印件加盖公章)

3.各级代理企业的营业执照、二类备案、经营许可证(复印件加盖公章)

4.医疗器械注册证/一类备案凭证(复印件加盖公章)

5.生产厂家的营业执照、生产许可证(复印件加盖公章)

6.各层级授权（加盖公章）

7.信用中国信用信息报告(加盖公章)查询地址:

https://www.creditchina.gov.cn/

8.财务状况报告等相关材料：

A.经第三方会计师事务所审计的上一年度或本年度财务报告复印件加盖红章。

B.上一年度或本年度银行出具的资信证明复印件加盖红章

（注：A、B两项提供任意一项均可）

9.上一年度或本年度至少1个月的依法缴纳税收和社会保险费的相关证明材料复印件(复印件加盖公章)。

10.报名截止日前3年在经营活动中没有重大违法记录的书面声明（截至报名日成立不足3年的企业可提供自成立以来无重大违法记录的书面声明）

11.法人代表授权书（含授权人和被授权人身份证复印件）（加盖公章）

12.报价单：要求报名公司必须是天津市医药采购中心入围供货商（提供凭证或截图）同时提供网采价格（截图）。

13.本地三甲医院使用情况（优先天津地区三甲医院及京津冀地区三甲医院）

注：以上文件均需加盖供应商公章。

三、报名方式：请将相关材料纸质材料送至设备物资处（D楼设备物资处，甄老师），联系电话27346019。

四、报名时间：即日（2024年4月19日8:00）起至2024年4月23日17:00之前（周一到周五工作日）。

五、论证会时间地点：另行通知。

2024-4-19

附：报名文件具体格式要求附后

**天津市中医药研究院附属医院**

**耗材调研遴选会报名文件**

**（加盖公章）**

项目名称：

品牌产地：

规格型号：

供货商名称：

联系人及电话：

日期：

**报名文件目录**

**（供应商自行编制）**

附件1

**报名函**

致：天津市中医药研究院附属医院

根据贵方 项目的调研会邀请，签字代表 （姓名/职务）经正式授权并代表我公司 （报名单位名称、地址）提交加盖公章的报名文件。

据此函，签字代表宣布同意如下：

1. 我公司将按调研会通知的规定履行责任和义务。

2. 我公司同意按照贵方要求提供的与调研会有关的一切数据或资料，并声明报名文件及所提供的一切资料均真实有效。由于我公司提供资料不实而造成的责任和后果由我公司自行承担。

3. 我公司保证所投产品来自合法的供货渠道。如果提供非法渠道的商品，视为欺诈，并承担相关责任。

4. 我公司承诺未列入“信用中国”网站（www.creditchina.gov.cn）失信被执行人、重大税收违法案件当事人名单，也未列入中国政府采购网（www.ccgp.gov.cn）政府采购严重违法失信行为记录名单，符合《中华人民共和国政府采购法》第二十二条规定的各项条件，调研会报名截止日前3年在经营活动中没有重大违法记录。

6. 与本调研论证会有关的一切正式往来通讯方式：

电 话：

邮 箱：

报名单位名称：

日期： 年 月 日

附件2

**供应商及所投产品资格要求证明文件**

**注：所有复印资料均需加盖供应商公章。**

附件3

**法定代表人授权书**

致：天津市中医药研究院附属医院

我\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_（姓名）系\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_（报名单位名称）的法定代表人，现授权委托本单位在职职工\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_（姓名，职务）（身份证号码：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_、联系电话：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_）作为代表人以我方的名义参加贵单位\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_项目的调研活动，并代表我方全权办理针对上述项目的一切具体事务和签署相关文件。

我方对代表人的签名事项负全部责任。

本授权书至论证会报名有效期结束前始终有效。

代表人无转委托权，特此委托。

法定代表人（签字或盖章）：

 年 月 日

|  |  |
| --- | --- |
| 代表人身份证正面 | 代表人身份证背面 |

此授权书填写完毕后打印，由法定代表人签字或加盖名章。

附件4

**本地三甲医院使用情况**

项目名称：

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 用户单位名称 | 项目内容 | 实施地点 | 用户联系人及联系方式 | 项目起止时间 | 合同金额 | 用户盖章的成功履行合同的相关证明材料扫描件所在页码 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

注：相关证明材料附后。

报名单位名称：

日期： 年 月 日

附件5

报价单(注：相关证明材料附后)