**封 面**

**致：仪征市人民医院**

**投 标 文 件**

**注：1.每个投标文件只允许报一个项目，如参加多个项目请分别准备投标文件。**

**2.投标文件一正四副装在一个文件袋。**

**项目编号：**

**项目名称：**

**投标单位：**

**联 系 人：**

**电 话：**

**日 期：**

**目 录**

（投标文件资料请按照下列编号排序并标明页数）

1.仪征市人民医院医学装备项目调研询价表　　　　　　X页-X页

2.医学装备相关试剂、耗材、器械及易损配件报价表　　X页-X页

3.标准配置清单表　　　　　　　　　　　　　　　　　X页-X页

4.产品主要性能技术参数表　　　　　　　　　　　　　X页-X页

5.投标产品授权书　　　　　　　　　　　　　　　　 X页-X页

6.经销企业法人代表授权书　　　　　　　　　　　　　X页-X页

7.经销企业资质证件　　　　　　　　　　　　　　 X页-X页

8.代理商资质证件 X页-X页

9.生产企业及产品资质证件　　　　　　　　　 X页-X页

10.生产企业售后服务承诺书　　　　　　　　　　　　 X页-X页

11.经销企业售后服务承诺书　　 X页-X页

12.医学装备用户名单　　　　　　　　　　　　　　　 X页-X页

13.周边三家二甲以上医院三年内中标通知书或合同（**不得隐藏合同价格**）、配置清单、（如我院两年内采购过，提供我院采购合同和相应配置）　　　　 X页-X页

14.产品彩页（禁止使用复印件）　　　　　　　　　　 X页-X页

**仪征市人民医院医学装备项目调研询价表**

**项目名称：**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 品牌、型号 | 产地 | 价 格 | 主要性能、特点 | **原厂质保（年）** | 周边三家二甲以上医院用户名单、采购时间、联系人及合同价格 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

经销商（盖章）

联系人：

电 话：

日 期：

**医学装备相关试剂/耗材、器械及易损配件报价表**

经销商（盖章）： 设备名称： 品牌型号：

表1.相关试剂/耗材（不够可另附页）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 品名 | 型号规格 | 生产商 | 单位 | 报价 | 项目收费代码、收费标准 | 耗材收费代码、收费标准 | 省平台中标编码 | 27位国家码 | 是否开放？有无其它品牌替代？ | 耗材消毒后是否可以重复使用？（周期） |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

表2.相关器械（不够可另附页）

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 品名 | 型号规格 | 生产商 | 单位 | 报价 | 供应价 | 是否有其它  品牌替代？ | 预计使用周期 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

表3.易损配件（不够可另附页）

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 品名 | 型号规格 | 生产商 | 单位 | 报价 | 供应价 | 是否有其它  品牌替代？ | 预计更换周期 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |