**梧州市中医医院**

**市场调研报名文件**

**项目名称：**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**报名公司：**（盖章）

**联系人：**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**联系电话：**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**地址：**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_ \_\_\_\_\_

**目 录**

1. **公司资质：有效营业执照复印件**
2. **法人代表证件，或者授权书/被授权代表人员信息**

包括姓名、联系方式、身份证正反面，且盖公章。

1. **项目参数及报价**

|  |  |
| --- | --- |
| 报名设备名称（填写医疗器械注册证/备案凭证名称及注册证号 证件名称及证件编号） | XXX |
| 生产厂商 | XXX公司 |
| 规格/型号 | xx |
| 单价（元） | xx |
| 供货时长（天） | xx |
| 主要技术参数（含配置清单） |  |
| 质保期（年） | x |
| 是否兼容其他耗材 | □ 是，耗材名称及报价、医保收费编码及价格、物价编码及价格，可附件。 □ 否。 □无耗材。 |
| 专机专用耗材名称及报价、医保收费编码及价格、物价编码及价格 | 1.XXX；2.XXX可附件，□不相关。 |
| 保修价格 | □ 无时限区分：xx万/年。 □ 有时限区分：A-B年，xx万/年；C-D年，xx万/年。 |
| 易损件单价（如有） | 可附件 |

1. **其他材料**

包括但不限于业绩同类业绩、产品彩页、厂家生产许可证、专机专用耗材名称/报价等。

**5.声明函**

**声明函**

梧州市中医医院：  
我公司已认真阅读了贵院此次编制的“XXX”采购

项目需求公告，充分知悉并了解了贵院采购需求调查内容信息。我方同意贵方无偿采用我方提交的全部或部分采购需求调查材料作为贵方采购需求的内容，并且无需贵方承担任何责任。  
 本公司将严格遵守上述事项，对所提供的所有材

料真实性负责。

单位名称（盖章）：

联系人：

联系电话：

日    期：    年   月   日