

报名资料要求：（纸质文件 1 份，电子文件 1 份）

1、封面：产品名称、公司名称、联系人姓名及联系方式等信息（附件 1）

2、项目报名表

3、生产厂家和代理公司资质及简介

4、产品资质（包括注册证（注册证如有变更文件附页请务必提供完整）、国际认证等），说明书及简介，附一份查询注册证时的药监部门网站截图。

5、提供设备生产厂家对所投产品的设计使用期限信息（如说明书、注册证、铭牌等）复印件或照片，并提供设备超出使用期限后使用可能存在潜在临床风险及法规问题。如无明确要求则请出具原厂说明文件并加盖原厂及报名公司公章。

6、设备铭牌（必须提供）

7、配置清单（附件 2）

8、产品技术参数（附件 3）

9、市场同类同档次产品的性能对比表（附件 4）

10、产品安装场地等要求（附件 5）

11、生产厂家授权书

12、其他医院（以三甲医院为主）中标通知书或合同及相应配置（如我院一年内采购过，提供我院采购合同和相应配置）

13、用户名单、采购时间及联系人

14、其他所需资料

15、宣传彩页（纸质版需要提供印刷版，打印和复印版无效；电子版需扫描彩页）

16、调研材料真实性及购销廉洁声明（承诺书）

17、售后服务条款（附件 6）

18、相关易损件报价及质保期满后维保费用

19、医用设备配套耗材登记表

20、上述材料正本必须加盖报名公司的公章，复印公章无效（报名时只需携带 1 本正本，正式调研时需携带纸质文件一正三副+电子文件）。

21、以上材料请按顺序装订，并标注页码，如果因材料不全不能参加谈判调研，后果自负

注：电子文件（盖章的 PDF 扫描件放 U 盘）文件命名方式：项目名称+公司名称

附件 1

南京市红十字医院 医疗设备项目

报名文件

项目名称：

单位名称：（盖单位章）

联系人：

联系方式：

设备使用年限：

南京市红十字医院项目报名表

项目名称				
序号	项目信息			
1	报名单位信息	公司名称		
		详细地址		
		统一社会信用代码		
		法定代表人姓名		
		报名单位身份	<input type="checkbox"/> 制造商	<input type="checkbox"/> 授权代理商
2	报名人信息	姓名		
		身份	<input type="checkbox"/> 法定代表人	<input type="checkbox"/> 委托代理人
		身份证号码		
		联系电话		
		邮箱		
3	报名产品信息	设备型号		
		医疗器械注册证号		
		注册证有效期		
		设备使用年限		
		项目收费名称		
		收费标准		
		是否进口设备	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
4	制造商信息	制造商名称		
		详细地址		
5	递交时间:	签字:		
	若因在规定时间内报名材料未及时提交或提交不全等因素造成的报名审核未通过,由报名单位自行承担相应后果。			

附件 2:

配置清单（单台配置）

序号	名称	规格型号	数量	备注

附件 3

技术参数

序号	技术参数	是否专利独有参数	备注

附件 4

参数性能对比表

产品名称 1	产品名称 2	产品名称 3	产品名称 4	产品名称 5
品牌 1	品牌 2	品牌 3	品牌 4	品牌 5
规格型号 1	规格型号 2	规格型号 3	规格型号 4	规格型号 5
相关产品参数	相关产品参数	相关产品参数	相关产品参数	相关产品参数

附件 5

医疗设备场地安装需求

附件 6

甲方：南京市红十字医院

乙方：设备供应商

1. 乙方免费提前为甲方提供设备安装图纸，并充分协助甲方做好机房的准备工作（如必要的话）。
2. 乙方负责设备的免费安装和调试，必须事先与甲方设备耗材料联系，并与设备耗材料共同参与，否则引起的一切责任由乙方承担。
3. 所有医疗设备必须提供符合国家标准的电源线，插头制式必须为中国标准制式，保证安全接地，不接受欧标、美标等制式电源线，设备出厂时间进口设备不超过壹年，国产设备不超过半年。
4. 乙方逾期交付货物的，每逾期一天，乙方向甲方偿付货款总额 5‰的滞纳金，如乙方逾期交货达 10 天，甲方有权解除合同或双方协商赔偿方式。
5. 装机所产生的垃圾必须摆放整齐，不得有影响工作人员、病人及家属安全通过的行为。公司在装机后 24 小时内必须完成对包装拆除物的清理（进口设备外包装需留存的与甲方协商）。因包装拆除物原因引起的医疗事故和纠纷，由公司承担全部法律和经济责任。
6. 设备安装、调试结束后，甲方对设备试用后进行验收（时间由甲、乙双方商定），乙方免费派工程师到达现场协助验收工作。保修期自甲方验收合格之日起算，保修期外故障待修复后只收配件费，免收上门费、人工费。
7. 上述设备免费保修_____年，保修范围包括合同中所有配置。并确保设备保修期内开机率≥95%，如设备故障停机率超过 5%（一年按 365 天计算，每年 18 天），每超过一天，保修期延长两周。保修期外乙方对本设备终身负责维修。
8. 如设备发生故障，乙方在接到甲方报修电话后 1 小时之内响应，3 小时内到达甲方现场（若无维修站点，24 小时内到达现场），48 小时内修复或免费提供备用机，否则甲方可自行采取必要的措施，由此产生的风险和费用由乙方承担。如有特殊情况，乙方应立即电话通知甲方不能响应的原因，在获得甲方同意后，才可推迟响应时间。
9. 保修期内每年次定期维护。
10. 无论在保修期内还是保修期外，乙方必须上门维修，乙方工程师至甲方维修本设备，必须事先与甲方设备耗材料取得联系，并做相应登记；在维修过程中与甲方工程师共同完成维修工作。否则引起的一切责任由乙方负责。
11. 如设备软件升级，乙方负责免费软件升级。
12. 如有设备具有远程维修诊断功能，乙方负责免费为甲方安装。
13. 乙方免费提供全套资料，含产品合格证（国产设备）、出厂计量合格证（强检设备）、操作手册、维修手册（含详细电路图）、海关报关单（进口设备）、商检合格证明（进口设备），如技术资料不全，甲方有权不支付货款。
14. 技术培训：在安装过程中或安装结束后，乙方工程师或有关人员有义务对甲方工程师和操作人员进行现场维修、保养、操作培训并提供快捷操作指南（过塑封好，挂在设备上），解答甲方人员提出的问题。必要时提供正规培训班培训，确保操作人员掌握完成日常工作所需的基本操作方法为止，工程师掌握基本的维护保养操作技术为止。

如乙方提供的设备设有维修软件密码，乙方保证无条件地为甲方永久免费打开。

医用设备配套耗材登记表

产品注册证名称			
注册证号/或备 案信息表			
规格、型号			
注册人名称			
注册证有效期			
是否专机专用			
物价收费名称			
是否带量集采		是否单独收费	
中标价(元)		物价编码	
中标号		医保编码	
国家医保编码			

法定代表人身份证明或授权委托书

法定代表人身份证明

供应商名称: _____

单位性质: _____

地址: _____

成立时间: _____ 年 _____ 月 _____ 日

经营期限: _____

姓名: _____ 性别: _____ 年龄: _____ 职务: _____ 系

_____ (供应商名称) 的法定代表人。

特此证明。

(附法定代表人身份证件、扫描件。)

单位名称: _____ (盖章)

法定代表人: _____ (签字)

_____ 年 _____ 月 _____ 日

法定代表人授权委托书

(采购人名称):

(单位名称)法定代表人授权我单位 (职务或职称) (姓名) 为
我单位本次授权代理人, 全权处理此次 公开招标活动的一切事宜。

特此授权

(附法定代表人、授权委托人身份证件扫描件。)

单位名称: _____ (盖章)

法定代表人: _____ (签字)

法人授权代表: _____ (签字)

____年____月____日