**设备信息征集响应文件**

**信息征集项目名称：**手持裂隙灯

**法定代表人：**

**委托代理人：**

**设备信息提供方：**

**日 期：** **年** **月** **日**

**设备信息征集响应文件须知及内容**

**须知：**

一、设备信息提供方参与设备信息征集时，全程应按设备信息征集响应文件要求填写准备，且必须电脑**双面打印**，不可手工填写，打印前**删除红色字体**。

二、设备信息提供方填写单位/公司全称、同时加盖公章及签字后扫描成pdf格式，于2023年4月9日17:00前将设备信息征集响应文件pdf版（邮件名称：设备信息征集（手持裂隙灯）-公司名称，发送到南山区医疗集团总部支持保障部政务邮箱([yljtzcbzb@szns.gov.cn](mailto:yljtzcbzb@szns.gov.cn))参与设备信息征集。

三、设备信息提供方须详细阅读项目需求内所有内容，在满足项目需求内全部要求的前提下方可参与此次设备信息征集。设备信息提供方参与此次活动视为接受并且满足需求内全部条款，如设备信息提供方提供虚假资料，将会被我单位记入诚信档案，一年内不得参与我单位组织的采购活动。

四、以下情况视为无效资料：①设备信息提供方上交的证件过期、超经营范围、授权弄虚作假等；②无公章、无联系方式、未提供合同及中标通知书/发票、成交价格被涂抹；③设备信息征集响应文件未按规定的内容、格式提交或填写不完整；④若内容因表达不清所引起的后果由报价供应商负责，

**内容：**

一、项目需求

二、相关执照及资格证明

三、法定代表人证明书

四、法定代表人授权委托书

五、设备信息征集明细表及设备信息提供方承诺书、低价承诺函

六、发票及中标通知书等相关佐证

七、项目相关彩页介绍、参数及配置清单等

**一、项目需求（手持裂隙灯）**

**1、设备信息征集项目名称：手持裂隙灯**【填写设备信息征集的项目名称，若注册证与项目名称不同，请用括号标注注册证名称，如：TDP灯（特定电磁波治疗仪）】

1. **其他相关要求：**

**1.放大倍率≥6倍；**

**2.裂隙长度范围≧12mm；**

**3.裂隙灯与患者工作距离≥29mm；**

**4.裂隙灯与检查者工作距离≥30cm；**

**5.带充电电池，使用时间≥6小时，充电时长≤4小时；**

**6.保修年限≥3年**

**二、相关执照及资格证明**

**文件1.1 设备信息提供方营业执照、医疗器械经营备案凭证/医疗器械经营许可证、代理设备或商品的授权书（若有，可提供）**

**注：** 营业执照上需体现经营范围，如营业执照上未体现经营范围，设备信息提供方需同时提供市场监督管理局查询的经营范围结果和营业执照，并加盖本单位/公司公章。

1. **相关执照及资格证明**

**文件1.2 设备信息提供方所代理的厂家营业执照、医疗器械生产许可证、医疗器械经营备案凭证/医疗器械经营许可证、医疗器械注册证**

**三、法定代表人证明书**

同志，性别： ， 年 月出生，现任我单位/公司 职务，为我单位/公司的法定代表人。

特此证明。

单位/公司名称： （公章）

年 月 日

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 法定代表人  居民身份证复印件粘贴处  （正面） |  | 法定代表人  居民身份证复印件粘贴处  （反面） |

**四、法定代表人授权委托书**

深圳市南山区医疗集团总部**：**

兹授权我单位/公司 同志参加贵单位组织的深圳市南山区医疗集团总部手持裂隙灯设备信息征集，全权代表我公司参与设备信息征集的有关事宜。

**附授权代表情况：**

姓名： 性别：

职务： 电话：

身份证号码：

法定代表人： （签章）

单位/公司名称： （公章）

年 月 日

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 被授权人（授权代表）  居民身份证复印件粘贴处  （正面） |  | 被授权人（授权代表）  居民身份证复印件粘贴处  （反面） |

**五、设备信息征集明细表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **设备名称** | **单位** | **品牌** | **规格型号** | **单价**  **（元）** | **保修年限**  **（年）** | **有无耗材试剂** | **易损配件/耗材试剂报价明细** | **是否涉及工程改造** | **备注** |
| 例：18 | 多功能车床  （急救转运床） |  | 打印时请删除此行 |  |  |  | 无 | 万向轮XX元/个  …… | 否 |  |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**备注：**1、本表格仅为指导性范本，设备信息提供方可根据项目具体情况对各分项内容进行调整；

2、单价为包干价，应包括服务成本、运输成本、安装费用、法定税费和企业的利润等一切费用，货币单位为人民币¥（元）；

3、如有增值服务可填写在备注栏；

4、若设备名称与注册证名称不同，请用括号标注注册证名称。

设备信息提供方（公章）：

授权代表或法人代表（签字）：

联系电话：

年 月 日

1. **设备信息提供方承诺书**

|  |  |
| --- | --- |
| **项目名称** | 手持裂隙灯【若注册证与项目名称不同，请用括号标注注册证名称，如：TDP灯（特定电磁波治疗仪）】 |
| **承诺内容：** | |
| **1、产品质量保证：** | |
|  | |
| **2、质保范围和期限：** | |
|  | |
| **3、售后服务：** | |
|  | |
| **设备信息提供方法定代表人签名：**  **公章：**  **年 月 日** | |

**备注：**1、以上内容必须全部填写完整，否则视为无效。

2、售后服务事项填不下时可另加附页，但必须在附页上加盖报价单位/公司公章。

**五、低价承诺函**

深圳市南山区医疗集团总部:

我司承诺，我司在此次设备信息征集过程中严格按照有关要求进行报价。若我司产品最终被贵单位采纳，我司保证按照此文件和此次设备信息征集项目授权人现场的回复进行供货。

我司保证在本次设备信息征集中所提供价格为深圳市最低成交价，如经贵单位核实发现我司的供货价格高于深圳市其它医院，按照该产品已成交总价的3%作为处罚。

今后若所提供的产品有价格变动，我司保证及时交贵单位备案，同时按照贵单位相关要求执行。

涉及产品（品牌型号）：

1.

2.

……

承诺信息提供方（公章）：

法定代表人签字：

日期：2023年 月 日

1. **发票及中标通知书等相关佐证**

**文件2.1 提供目前用户（医疗机构）有效期内或近三年报价项目的发票、送货单**

**六、发票及中标通知书等相关佐证**

**文件2.2 提供目前用户（医疗机构）有效期内或近三年报价项目的采购/供货合同或中标通知书**

**七、项目相关彩页介绍、参数及配置清单等**

**文件3.1 项目彩页介绍七、项目相关彩页介绍、参数及配置清单等**

**文件3.2 项目参数及配置清单**