

# 需求调研报名资料

项目名称：	购买胃肠镜检查系统
设备名称：	
品牌型号：	
厂家名称：	
供应商名称：	
联系人：	
联系方式：	
邮箱：	

## 声 明

1. 本次调研仅作为采购人编制采购需求的参考，参与本次调研并不代表取得订单。
2. 本次调研的项目需求为本项目的初步需求，采购人可视调研情况进行调整。
3. 本项目严禁各供应商进行恶意串通、恶意竞争或其它违规行为，一经查实，将上报采购人。
4. 供应商需为本次调研提交的所有资料真实性负责。
5. 供应商提供的所有调研材料，均需加盖公章。
6. 若项目存在多个包组可选择一个或多个包组进行响应。

## 一、报价单

序号	产品名称	品牌	规格型号	产地	数量	单价(万元)
1						
报名总价金额：¥ _____ 万元；      大写： _____ 万元整						
质保年限			质保内容（如质保期内免费更换的备品备件、耗材等、运行维护、升级更新、人工费用等）			
设备使用年限						
制造商名称						
制造商是否中小企业				<input type="checkbox"/> 微型企业 <input type="checkbox"/> 小型企业 <input type="checkbox"/> 中型企业 <input type="checkbox"/> 大型企业		
制造商联系人			联系人电话			
供应商名称						
供应商是否中小企业				<input type="checkbox"/> 微型企业 <input type="checkbox"/> 小型企业 <input type="checkbox"/> 中型企业 <input type="checkbox"/> 大型企业		
供应商联系人			联系人电话			

注：

- 1、本次报价为设备含税价格包括了货物从出厂到保修期内维修维护以及运输、税费等一切费用。
- 2、本次供应商的调研响应报价不代表最终投标价格。

供应商名称(加盖公章)：

日期：     年     月     日

## 二、后续采购情况

### 1、运行维护主要内容：

- 1.1、保修期满后第一年的维保收费标准：\_\_\_\_\_
- 1.2、保修期满后第二年的维保收费标准：\_\_\_\_\_
- 1.3、保修期满后第三年的维保收费标准：\_\_\_\_\_
- 1.4、保修期满后需运行维护的内容：\_\_\_\_\_

### 2、升级更新主要内容：\_\_\_\_\_

### 3、专机专用耗材：

序号	专机专用耗材名称 (与注册证一致)	生产商 /产地	型号	规格	医疗器械注册 证号	单价(元)
1	请列出全部专机专用耗材。					
2						
3						
...						

### 4、易损易耗件：

序号	易损易耗件 (与注册证一致)	生产商 /产地	型号	规格	医疗器械注册 证号	单价(元)
1						
2						
3						
...						

### 5、主要零配件：

序号	零配件名称 (与注册证一致)	生产商 /产地	型号	规格	医疗器械注册 证号	单价(元)
1						

2						
3						
...						

注：如无需备品备件，在备注处说明：无备品备件内容。

供应商名称(加盖公章)：

日期：     年     月     日

### 三、资质审查

#### （一）制造商

- 1、营业执照（三证合一的只提供一种）
- 2、医疗器械生产许可证或生产备案凭证（非医疗器械产品不用提供）
- 3、医疗器械经营许可证或经营备案凭证（非医疗器械产品不用提供）
- 4、中小企业声明函（中小企业提供，模板见附件 1）

#### （二）供应商

- 1、营业执照（三证合一的只提供一种）
- 2、医疗器械经营许可证或经营备案凭证（非医疗器械产品不用提供）
- 3、制造商授权代理资料
- 4、法人证明及法人身份证复印件
- 5、法人授权函及被授权人身份证复印件（模板见附件 2）

**（三）产品**

- 1、报名型号的医疗器械注册证（非医疗器械产品需提供相关说明）
- 2、正版软件授权或计算机软件著作权证明等文件（设备自带信息系统的需提供）
- 3、产品彩页

**（四）本项目涉及产品检测报告及相关证件汇总**

相关证件汇总表

序号	证书名称	证书有效期	颁发机构
1			
2			
3			
4			
5			
6			

附相关证书证明文件

四、本次采购设备参数建议

本次采购设备参数建议

(一) 产品参数

(二) 配置清单

.....

项目联系人签字：

供应商名称（加盖公章）：

日期：            年        月        日



## 五、售后服务方案

### （一）制造商产品售后服务方案承诺书（需加盖制造商鲜章）

注：售后服务方案至少明确以下内容

- 1) 乙方提供维护手册、维修手册、软件备份、故障代码表、备件清单、零部件、维修密码等维护维修必需的材料和信息。
- 2) 属于法定商检的产品，须进行商检，提供相关报关资料证明；属于计量器具（包含强检和非强检）的设备必须提供首次检定合格证书或校准证书；属于射线装置的，按院方要求协助办理放射诊疗和辐射安全许可相关各种手续；需要第三方验收的设备需提供有资质部门验收检测报告；需要与医院信息系统联网的，乙方必须无偿开放接口，并协助联网。上述各项费用均由乙方负责。
- 3) 乙方提供的医疗设备自带信息系统的，须符合或达到国家信息安全等级保护三级及以上要求。信息系统必须在院方指定服务器上部署与运行，业务数据必须本地保存，并接受医院设备信息科安全监管与管理。乙方不得在设备中留有任何可能导致甲方数据泄密的软件“后门”，不得以任何方式向第三方批露或提供给第三方使用。发生泄密事件，甲方有权追究乙方的经济和法律責任，但因甲方及其授权的任何工作人员自身过错导致其该项目发生泄密而产生损失的，乙方不承担任何法律责任。
- 4) 乙方对操作人员和工程技术人员进行培训，提供培训资料，考核合格。
- 5) 提供至少 **3 年** 原厂免费保修期，保修期内三包原则（包修、包换、包退）。质保期内设备完好率不小于 95%。
- 6) 保修期间应包含按需更换的零配件，如有不含在维保范围内的消耗品需附清单及各项报价，不进行报价则视为免费更换使用。

六、同类项目业绩

序号	采购人	项目名称	项目预算	中标人	中标价（元）	中标品牌	中标型号
1							
2							
3							
4							
5							
...							

备注：本公司近三年同类型同型号设备项目的业绩，提供不少于五个即可：（省内三甲医院优先）

附件：提供同类设备项目的中标通知书或合同关键页或中标公告截图以及该合同验收情况的用户评价（备注：附件请按表格序号依次排列）。

## 七、其他特殊要求

（一）提供设备生产厂家对报名产品的设计使用范围、期限等信息（如说明书、注册证、铭牌等）复印件或照片，并提供设备使用超出范围后使用可能存在潜在临床风险及法规问题，说明文件并加盖原厂及报名公司公章。

（二）报名型号对新建科室机房场地尺寸、承重、职业防护、周围建筑物、用水、用电、用气等的特殊要求说明。（没有要求则写无）

（三）报名型号对使用人员资质、行政许可的特殊要求说明。（没有要求则写无）

（四）属于射线装置的，销售供应商还应提供《辐射安全许可证》。（不属于射线装置请说明）

## 八、供应商参与采购需求调查的声明函

**致：阳春市人民医院：**

我司清楚知悉并理解贵单位开展本次采购需求调查的目标主要是为了调查市场主体情况，了解行业市场竞争程度，为项目的成功实施提供更充分的参考和依据，以获得多样化的意见。我司清楚并明晰以下注意事项：

（1）本次需求调查提供的项目需求仅供供应商参考，如果项目需求中存在有歧视性、排他性或限制性的内容，我司能够理解这并不属于采购人的本意。

（2）我司知悉并清楚本次调研仅作为采购人编制采购需求的参考，参与本次调研并不代表取得订单。

（3）我司将根据采购人提供的项目需求，准确提炼采购人本次采购需要达到的功能和使用要求，并根据理解，客观真实提供自己的意见和建议。

（4）我司认为项目需求中有歧视性、排他性或者限制性的内容，将根据本次调查提供的表格模板要求，本着诚实信用原则，真实填写意见和建议。

（5）我司知悉本次调研的项目需求为本项目的初步需求，采购人可视调研情况进行调整，并充分理解采购人在采购需求调查中可能会充分考虑供应商提供的意见和建议，以合理制定本项目的具体采购需求。同时，我司严格履行商业道德，不提供不实意见或建议，或者不以恶意方式和手段影响采购人采购活动正常开展。

（6）我司本次参与调研产品不存在任何侵权等法律纠纷或质疑投诉等情况。

供应商（加盖公章）：

日期：            年    月    日

## 九、调研意见、建议反馈表

### 采购需求调研问卷表

#### （一）相关行业发展情况

1.现有项目的技术路线、技术水平或行业的发展历程、行业现状等：

2.可能涉及的企业资质、产品资质及人员资质：

3. 涉及的相关行业标准和规范：

#### （二）市场供给情况

1.市场竞争程度：

2.价格水平或价格构成：

3.潜在供应商的数量、履约能力、产品包装质保期、售后服务能力：

项目联系人签字：

供应商名称（加盖公章）：

日期：            年        月        日

## 附件 1 中小企业声明函

### 中小企业声明函

本公司（联合体）郑重声明，根据《政府采购促进中小企业发展管理办法》（财库〔2020〕46 号）的规定，本公司（联合体）参加（阳春市人民医院）的（购买胃肠镜检查系统）调研活动，提供的货物全部由符合政策要求的中小企业制造。相关企业（含联合体中的中小企业、签订分包意向协议的中小企业）的具体情况如下：

- 1.（设备名称），属于（工业）行业；制造商为（企业名称），从业人员\_\_\_\_\_人，营业收入为\_\_\_\_\_万元，资产总额为\_\_\_\_\_万元 1，属于（中型企业、小型企业、微型企业）；
- 2.（设备名称），属于（工业）行业；制造商为（企业名称），从业人员\_\_\_\_\_人，营业收入为\_\_\_\_\_万元，资产总额为\_\_\_\_\_万元 1，属于（中型企业、小型企业、微型企业）；

.....

以上企业，不属于大企业的分支机构，不存在控股股东为大企业的情形，也不存在与大企业的负责人为同一人的情形。

本企业对上述声明内容的真实性负责。

公司名称（盖章）：

日期：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

### 备注：

1、从业人员、营业收入、资产总额填报上一年度数据，无上一年度数据的新成立企业可不填报。

2、报名人应当对其出具的《中小企业声明函》真实性负责，报名人出具的《中小企业声明函》内容不实的，属于提供虚假材料。

3、报名人为生产厂家的，由生产厂家出具声明函；报名人为代理商（经销商）的，同时出具生产厂家的声明函和代理商（经销商）的声明函。

## 附件 2 法定代表人授权委托书

致：阳春市人民医院

本授权委托书声明：（法定代表人姓名）是注册于（国家或地区）的（供应商名称）的法定代表人，现授权（授权代表姓名，职务）作为我公司的全权代理人，就（项目名称）的采购需求调查活动，以我方的名义处理与之相关的一切事宜。

本授权书自法定代表人签字（盖个人名章）之日起生效，直至以上项目采购需求调查活动结束为止。

特此声明。

报名公司名称（加盖公章）：\_\_\_\_\_

法定地址：\_\_\_\_\_

报名公司法定代表人（签字或盖章）：\_\_\_\_\_

报名公司授权代表（签字或盖章）：\_\_\_\_\_

授权代表人联系方式（固定电话+手机号码）：\_\_\_\_\_

日期：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

附：投标人授权代表身份证件扫描件或复印件

身份证件（正反面）扫描件或粘贴复印件