**北流市人民医院医疗设备**

**《产品推荐书》**

**项目名称：**

**品 牌：**

**规格型号：**

**生产企业名称：**

**供应商名称：**

**销售代表及联系电话：**

**日期： 年 月 日**

**目录**

1. 技术参数…………………………………………………………………第 页
2. 产地………………………………………………………………………第 页
3. 主要配置清单……………………………………………………………第 页
4. 选配清单…………………………………………………………………第 页
5. 市场报价…………………………………………………………………第 页
6. 同品牌同型号销售价格证明文件………………………………………第 页
7. 配套使用耗材……………………………………………………………第 页
8. 证照………………………………………………………………………第 页
9. 同品牌同型号产品广西省内三级医院用户名单………………………第 页

10．市场同档次产品对比表…………………………………………………第 页

11．售后服务承诺书…………………………………………………………第 页

12．产品彩页…………………………………………………………………第 页

13．调研材料真实性及购销廉洁承诺书……………………………………第 页

**一、必须提交审核的资料清单**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **序号** | **资料名称（必须提供）** | **资料所在页码范围（必填）** |
| 1 | 生产企业或供应商企业法人营业执照 |  |
| 2 | 生产企业或供应商法人身份证复印件（标准格式见2.1） |  |
| 3 | 供应商法人给销售代表的资格证明书（授权书）（标准格式见2.2） |  |
| 4 | 销售代表身份证复印件（标准格式见2.2） |  |
| 5 | 从生产企业给供应商的各级销售授权书 |  |
| 6 | 厂家和供应商的医疗器械生产（或经营）企业许可证或备案凭证 |  |
| 7 | 医疗器械产品注册证（含注册登记表及附页）或备案凭证 |  |
| 8 | 生产企业及产品介绍 |  |
| 9 | 产品技术参数 |  |
| 10 | 销售记录（同品牌同型号）（标准格式见2.3） |  |
| 11 | 市场同档次产品技术对比表（标准格式见2.4） |  |
| 12 | 产品报价一览表（标准格式见2.5） |  |
| 13 | 产品单台/套配置清单（标准套）（标准格式见2.6） |  |
| 14 | 产品配套耗材清单（标准格式见2.7） |  |
| 15 | 易损件及常用维修配件清单（标准格式见2.8） |  |
| 16 | 生产企业售后服务承诺书 |  |
| 17 | 产品彩页 |  |
| 18 | 调研材料真实性及购销廉洁承诺书 |  |

**重要说明：**

1、请生产企业或代理公司（下简称供应商）使用A4纸，按照上述清单的要求格式、内容，顺序制作《产品推荐书》，并请编制页码。文件自制部分必须打印，每页须按序加注页码。

2、《产品推荐书》每页需加盖公章。

**3、供应商承诺在本《产品推荐书》中提供的一切文件，无论是原件还是复印件均为真实和准确的，绝无任何虚假、伪造和夸大的成份，否则，愿承担相应的后果。**

4、营业执照经营范围如注明“具体经营项目请登录商事主体信息公示平台查询”的，须打印商事主体信息公示平台查询页。

5、如已办理营业执照、税务登记证、组织机构代码证三证合一的企业，请提交加载法人和其他组织统一社会信用代码的营业执照复印件。

**二、部分资料标准格式**

**2.1法人身份证复印件**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **法人身份证正面粘贴处** |  | **法人身份证反面粘贴处** |

说明：须提供第二代或以上的居民身份证复印件。

**2.2销售代表资格证明书**

致北流市人民医院**：**

同志，现任我单位 职务，联系手机： ，为销售代表，代表我单位参与本项目的市场调研活动，特此证明。

法人签名： 签发日期： 年 月 日

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **销售代表身份证正面粘贴处** |  | **销售代表身份证反面粘贴处** |

说明：须提供第二代或以上的居民身份证复印件。

**2.3技术需求收集表**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 项目名称 | 技术参数或配置 | 是否为指向性、独家参数，如是，请说明 | 是否专用耗材，如是，请说明 | 备注 |
| 产品名称 |  |  |  |  |
| 生产厂家 |  |  |  |  |
| 规格型号 |  |  |  |  |
| 注册证号 |  |  |  |  |
| 报价（万元） |  |  |  |  |
| 使用年限（年） |  |  |  |  |
| 质保期（年） |  |  |  |  |
| 该产品推出市场的时间 |  |  |  |  |
| 技术参数 |  |  |  |  |
| 1. |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |
| ...... |  |  |  |  |

**2.4销售记录（同品牌、同型号）**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **医院名称** | **项目名称及合同金额**  **（万元）** | **中标时间** | **联系人及电话** | **合同书、中标通知书、发票等证明材料 (所在页码)** |
| 1 |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |
| … |  |  |  |  |  |

注：优先广西区内三甲医院含配置的成交记录;有效证明资料包括：合同（含配置）、投标文件（含配置及参数页面）等。

**2.5市场上同档次产品技术参数对比表**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **关键技术参数** | **本公司产品** | **品牌xx** | **品牌xx** |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |
| … |  |  |  |  |

**2.6产品报价一览表**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **产品名称（注册证名称）** | **规格型号** | **生产企业名称及原产地（国别或港澳台）** | **数量** | **单价（万元）** |
| 1 |  |  |  |  |  |
| … |  |  |  |  |  |
| **总价小写金额：￥** **万元** | | | | | |

**2.7产品单台/套配置清单**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **名称** | **规格型号** | **数量** | **单位** | **注册证号** |
| 1 |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |
| … |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

**注：**

1. **需逐一列明各主要设备部件；**
2. **单列明的配置均视为包含在总报价内的配置。**

**2.8产品配套耗材清单**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **名称** | **使用类型** | **生产厂家** | **型号规格** | **单位** | **单价**  **（元）** | **是否已准入我院** | **是否专机专用** | **是否可收费** | **医保编码** |
| **（名称要与《医疗器械注册证》一致，名称前不能有字母** | **说明是一次性使用还是重复使用，重复使用次数** | **（要写《医疗器械注册证》上全称** | **要写《医疗器械注册证》附表或附件相符内容** | **必须是用在一个病人的最小单位** |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**注：设备如需使用专用耗材请列明，未列明者视为永久赠送，无专用耗材的产品无需填写该清单。**

**2.9易损件及常用维修配件清单**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **名称** | **规格型号** | **数量及单位** | **单价（元）** |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |
| … |  |  |  |  |

**注：由厂家或厂家授权维修出具。**

**填表说明：**

1.请按批注要求填充，并不得随意更改表格的内容及格式。

2.请按以上每一点先后顺序排版，不要把所有附件附在最后。

**调研材料真实性及购销廉洁承诺书**

北流市人民医院：

针对贵院此次市场调研，为进一步加强医疗卫生行风建设，规范医疗卫生机构医药购销行为，有效防范商业贿赂行为，营造公平交易、诚实守信的购销环境，我公司郑重承诺：

一、所提供的各项资料真实有效（如授权代表及联系方式、产品销售授权等），无任何虚假成分。如有虚假，由此产生的一切后果由本公司承担。

二、我方不以回扣、宴请等方式影响医院工作人员采购或使用产品的选择权，不在学术活动中提供旅游、超标准支付食宿等费用。

三、我方不借故到医院相关领导、部门负责人及相关工作人员家中访谈并提供任何好处等。

四、我方如违反本承诺，一经发现，医院有权单方终止合作，并将我公司列入医院管控黑名单。

五、本承诺书为本次市场调研的重要组成部分。

承诺单位（公章）

年 月 日