**中山市小榄人民医院**

**\*\*\*\*检测项目外送服务**

**报价文件**

**（正本 / 副本）**

**（加盖骑缝章）**

**供应商名称：**

**供应商代表及联系电话：**

**品牌名称：**

 **日期： 年 月 日**

**目 录**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **序号** | **材料要求** | **页码** |
|  | **第一部分 资格性文件** | 第( )页 |
| 1 | 报价申明 | 第( )页 |
| 2 | 廉洁承诺书 | 第( )页 |
| 3 | 法定代表人/负责人资格证明书 | 第( )页 |
| 4 | 法定代表人/负责人授权委托书 | 第( )页 |
| 5 | 经销公司及生产厂家营业执照等证件或多证合一证件的复印件 | 第( )页 |
| 6 | 《医疗机构执业许可证》 | 第( )页 |
| 7 | 通过IS015189医学实验室认证和国家卫生健康委临床检验中心组织的室间质评等复印件 | 第( )页 |
| 8 | 具有在合同期内按需供货的能力，保证能及时对拟购项目提供供货、售后等服务的承诺函，**格式自拟** | 第( )页 |
| 9 | 具有冷链物流资质，提供有效的《道路运输经营许可证》（经营范围包含“货物专用运输（冷藏保鲜）”）复印件 | 第( )页 |
| 10 | 提供参与同样设备不是联合体承诺函，格式自拟 | 第( )页 |
| 11 | 调研活动信用记录自查承诺函及相关网页证明 | 第( )页 |
| 12 | 需要提供的其他证明资料 | 第( )页 |
|  | **第二部分 技术部分** | 第( )页 |
| 14 | 产品技术参数 | 第( )页 |
| 15 | 产品配置清单一览表 | 第( )页 |
| 16 | 产品彩页/样机 | 第( )页 |
| 17 | ...... | 第( )页 |
|  | **第三部分 商务部分** | 第( )页 |
| 18 | 产品综合概况 | 第( )页 |
| 16 | 服务承诺函 | 第( )页 |
| 17 | 售后服务方案 | 第( )页 |
| 18 | 同型号产品用户名单 | 第( )页 |
| 19 | 其他医院合同关键页或发票复印件（同型号设备3家及以上三甲医院） | 第( )页 |
| 20 | ...... | 第( )页 |
|  | **第四部分 价格部分** | 第( )页 |
| 21 | 报价一览表 | 第( )页 |
|  |  |  |

**一、资格性文件**

**1.1 报价申明**

（采购人）：

依据贵方调研项目名称项目，我方代表（姓名、职务）经正式授权并代表（供应商名称、地址）提交报价文件正本 份，副本 份。

在此，我方声明如下：

1.同意并接受调研文件的各项要求，遵守调研文件中的各项规定，按调研文件的要求提供报价。

2.调研文件（包括承诺书）有效期为递交文件之日起180天内。

3.我方已经详细地阅读了全部调研文件及其附件，包括澄清及参考文件(如果有的话)。我方已完全清晰理解采购文件的要求，不存在任何含糊不清和误解之处，同意放弃对这些文件所提出的异议和质疑的权利。

4.我方已毫无保留地向贵方提供一切所需的证明材料。

5.我方承诺在本次调研中提供的一切文件，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，愿承担相应的后果和法律责任。

6.我方完全服从和尊重评委会所作的评定结果，同时清楚理解到报价最低并非意味着必定获得推荐资格。

供应商：

地址：

电话：

电子邮件：

供应商（法定代表人授权代表）代表签字：

供应商名称(公章)：

开户银行：

账号：

日期：

**1.2 资格性文件**

（1）廉洁承诺书

（2）法定代表人/负责人资格证明书

（3）法定代表人/负责人授权委托书

（4）营业执照复印件（加盖公章）

（5）《医疗机构执业许可证》复印件（加盖公章）

（6）近三年的商业活动中无违法、违规、违纪、违约行为承诺函（格式自拟）

（7）非联合体参与承诺函（格式自拟）

（8）采购活动信用记录自查承诺函及相关网页证明

（9）其他供应商认为有需要提供的证明资料

**二、技术部分**

包括但不限于：

1. 实验室技术支撑体系，协助医院开展继续教育、学术交流活动、进修培训方案。
2. 项目推广和管理方案，协助医院到下面区、镇医疗机构进行有效的项目推广工作，实现地区标本的汇聚
3. 服务方案（应急预案、培训方案和售后服务方案等）等
4. 信息服务体系，具有规范标本接收、登记和包装流程，保证标本质量和安全，确保标本顺利交接，方便查核。
5. 提供网上查询服务、电话查询服务简介。

6、质控方案等。

7、拟派人员配置方案

8、通过IS015189医学实验室认证材料

9、通过国家卫生健康委临床检验中心组织的室间质评证明材料

10、其他：

**三、商务部分**

**3.1 产品综合概况**

1）公司描述：公司发展历程、经营规模、主要经营项目及服务理念、技术力量等。

2) 公司业绩证明；

3) 如供应商此表数据和证明有虚假，一经查实，自行承担相关责任。

**3.2售后服务机构情况**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **分项** | **基 本 情 况** | **联系人/联系电话** |
| 设在广东省内的售后服务机构情况 | 机构名称：地 址：负 责 人：服务机构性质：企业自有 /委托代理 | 售后人员姓名:电话: |

**3.3 同类项目业绩情况**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **项目名称** | **项目金额** | **项目时间** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**3.4 其它重要事项说明及承诺(请扼要叙述)**

**3.5 其它重要事项说明及增值服务**

**3.6 其他医院合同关键页或发票复印件（2022年以来的3家及以上三甲医院）**

**四、价格部分**

## 4.1报价一览表

项目名称：\*\*\*\*\*\*检测项目外送服务

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **调研项目** | **名称** | **检测数量** | **服务期** |
| **一** | **\*\*检测项目** | **17项** | **24个月** |
| **二** |  |  |  |

* **报价方式：**按照《中山市公立医疗机构服务价格项目汇总表(最新版)》规定的单价为基准，**对调研项目所有检测项目提供单独报价折扣（折扣不得高于6折），高于6折的报价将做无效报价处理**。

（例：收费标准为100元，折扣为4折，即结算价为：100元×40%=40元）。

* **报价单：填写附件，请发Excel电子版及盖章版**

注：

1.供应商须按要求填写所有信息，不得随意更改表格格式。

2.供应商以包组为单位填报相应项目折扣，报价须精确到小数点后两位。

3.必须包含产品及零配件、运输费、装卸费、搬运费、保险费、材料费、保修费、雇员费、各项税费及不可预见的费用等完成本项目所需的一切费用。

4.供应商在填报投标报价时，应根据公司自身的成本核算情况，充分考虑市场价格的波动风险。一经参与，即认为已充分考虑有关风险，愿意承担因这些风险所造成的一切经济损失，并放弃因此造成的损失求偿权。

5.此表是报价文件的必要文件，是调研文件的组成部分。

6.各参与报价的公司报价时需考虑：如果医院需要将设备接入医院信息网络，由公司负责按医院要求将设备接入医院网络，所需的硬件、软件以及接口费由公司承担。

供应商法定代表人（或法定代表人授权代表）签字：

供应商名称（加盖公章）：

日期： 年 月 日