**中山市小榄人民医院关于医用弹力袜等一批辅助器具**

**耗材**

**项**

**目**

**资**

**料**

**（正本）（盖章）**

**报名单位：**

**联 系 人：**

**联系电话：**

**电子邮箱：**

目录

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **类别** | **序号** | **资料名称** | **页码** |
|
| **供应商证件** | 1 | 附件2-报价表 |  |
| 2 | 营业执照 |  |
| 3 | 医疗器械经营许可证 |  |
| 第二类医疗器械经营备案凭证（如有请提供） |
| 4 | 法人对业务员的授权委托书（需注明效期） |  |
| **国产厂商/进口总代证件** | 5 | 第一类医疗器械备案凭证  （或第一类医疗器械备案信息表） |  |
| 第二、三类医疗器械注册证、注册证登记表 |
| 6 | 营业执照 |  |
| 7 | 国产：医疗器械生产许可证、医疗器械生产产品登记表 进口：医疗器械经营许可证、第二类医疗器械经营备案凭证 |  |
| 8 | 产品销售授权书（有效期≥1年） |  |
| **其它** | 9 | 器具耗材售卖方案 |  |
| 10 | 在其他医疗机构售卖的案例 |  |
| 11 | 产品技术要求、产品说明书 |  |
| 12 | 附件3-承诺书 |  |
| 13 | 产品质量检验报告、省（市）检验报告 |  |
| 14 | 进口产品需提供产品报关单 |  |
| 15 | 产品彩页或说明书 |  |

供应商： 年 月 日

备注:

1. 所有证件必须加盖公章，资料真实有效
2. 资料按顺序排列装订