**中山市小榄人民医院医用耗材遴选**

**(项目编号: LX2025 )**

**产**

**品**

**资**

**料**

**书**

**（正本）（盖章）**

**耗材名称：**

**项目编号： LX2025**

**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 | 医用耗材遴选邀请公告信息报名表 |  |
| 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 | 产品技术要求、产品说明书 |  |
| 10 | 保证书  （注：是指耗材的产品质量及提供资料真实性的保证） |  |
| 11 | 产品质量检验报告、省（市）检验报告 |  |
| 12 | 进口产品需提供产品报关单 |  |
| 13 | 卖给其它三甲医院的三张发票复印件（同一品牌、同一型号） |  |
| 14 | 产品彩页或说明书 |  |
| 15 | 中山市小榄人民医院医用耗材（试剂）试用协议 |  |

供应商签名： 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