医用耗材（试剂）必备资料

一、产品清单及价格支撑材料

1.医用耗材供货清单（详见附件1）

2.重庆市三甲医院（西南、大坪、重医附一、重医附二等）供货发票及发票真伪查询截图;若重庆市暂未使用，由厂家出具“重庆无用户”的情况说明并提供国内其他省市同级医院的供货发票及发票真伪查询截图。

 4.情况说明及价格承诺书（详见附件2）（“公司最终价”不得高于重庆其他医院供货价）

二、配送企业

1.营业执照（统一社会信用代码）

2.医疗器械经营许可证/备案凭证

 3.属于重庆药交平台注册会员支撑材料

4.法人对销售代表授权书（详见附件3）

 5.各类型印章样式（A4纸）

三、生产企业（售后服务机构）

1.营业执照（统一社会信用代码）

2.医疗器械生产许可证/经营许可证

3.售后服务承诺书（详见附件4）

 4.生产企业供货承诺书（详见附件5）

 5.生产企业委托书样本

6.生产企业大区经理联系方式

四、授权书

 1.生产厂家对配送企业的产品授权书

 2.生产企业委托书（详见附件6）

五、产品资料

1.医疗器械注册（备案）证（包括技术参数附件等）

 2.产品彩页、样品、实物图片彩色打印、产品说明书等

六、要求

 1.2023年01月28日15:00前交于新桥医院医学工程科耗材供应办孙燕处（023-68755759）。

2.所提供资质、授权书、数据票据等必须真实有效

七、注意事项

1、关于授权

进口产品：国外厂家→国内总代英文原版授权和中文翻译授权→代理

国产产品：国内厂家直接授权代理

（保持授权链完整，禁止多级授权）

授权产品：如授权系列产品或某品牌需提供相关支撑材料或产品明细清单

2、关于授权模板

是厂家出具的销售授权空白模板（可加水印或备注）

3、关于经营范围

经营许可证如产品注册证有新的产品编码导致超范围经营的情况请公司到药监局做添项，提交最新经营许可证

4、厂家资料要有厂家印章，代理公司提交的所有资料均需要盖章（包括厂家资料），本院附件需厂家鲜章原件，其余日期、签字均需填写完整（进口产品国内总代盖章）

5、发票需提供验真截图

6、提交资料前请按资质审核表整理，不同厂家的资料单独整理提交

7、提交资料需密封，并标注产品名称，联系人姓名及联系方式

附件 1

医用耗材（试剂）供货清单

(所有内容请务必正确、完整填写，以下表格内容均为必填项)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 品名 | 规格型号 | 生产厂家 | 注册证号/生产企业卫生许可证号 | 包装单位 | 市场情况 | 公司最终价（元） | 备注 |
| 注册名称 | 通用名称 | 重庆药交所产品挂网编码 | 重庆药交所产品交易参考价 | 重庆三甲医院供货价 | 其他市场情况 |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  | XX医院：XX元 |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  | XX医院：XX元 |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |  | XX医院：XX元 |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |  | XX医院：XX元 |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |  |  | XX医院：XX元 |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |  |  | XX医院：XX元 |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |  |  |  | XX医院：XX元 |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |  |  |  | XX医院：XX元 |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |  |  |  |  | XX医院：XX元 |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |  |  |  |  | XX医院：XX元 |  |  |  |

 配送企业代表签字（盖章）：

 联系人及联系方式：

 日期：

 附件 2

情况说明及价格承诺书

陆军军医大学第二附属医院：

我公司生产的 （产品名称、规格型号），情况说明及承诺如下：

1.该产品重庆市药材交易平台 （已挂网/未挂网） 。

2.重庆市西南医院、大坪医院、重医附一、重医附二医院中仅（医院名称）有销售，其中该医院供货价为 元，其它医院暂未使用。

3.我公司承诺：

①供应给医院该产品的最终成交价不高于重庆市药材交易平台交易价且不高于重庆市同级医院的供货价；

② 如果重庆地区其它医院有价格下调，我公司将及时主动来院降价；

③ 如遇物价，国家军队政策、法规调整，我公司将积极配合医院工作；

③ 提供该产品的相关资料及以上所述均真实有效。若有虚假，自愿承担任何后果。

生产企业（盖章）： 配送企业（盖章）：

 时间： 时间：

 附件3

法定代表人授权书

本授权书声明：注册于（公司地址）的（公司名称）公司的（法人姓名、职务）代表本公司授权（被授权人所在单位）的（被授权人的姓名、职务）为本公司的合法代理人，在中国人民解放军陆军军医大学第二附属医院（重庆新桥医院）医用耗材（试剂）采购活动中，以本公司名义负责就所供应医用耗材（试剂）处理一切与之有关的事物，包括提交资质文件、确认相关信息、签订并执行采购协议、提供售后服务等。

本授权书于 年 月 日签字生效，有效期至采购周期截止，特此声明。

电话传真：

地址邮编：

配送企业法定代表人：姓名： 手机号：

代理人（被授权人）：姓名： 手机号：

代理人（被授权人）身份证号码：

附：配送企业法定代表人和代理人（被授权人）身份证复印件

配送企业法定代表人签字：

代理人（被授权人）签字：

 授权日期：

 配送企业名称（盖章）：

 附件4

售后服务承诺书

陆军军医大学第二附属医院：

本单位（配送商名称）向贵院供应的“（医用耗材名称、规格型号、品牌）”，特郑重承诺：

1.保证供货为原产厂家全新产品，产品的质量、功能及性能需达到产品注册所述要求，同时符合国家规范和行业标准；

2.保证所供产品消毒产品生产企业卫生许可证、生产经营许可（备案）证、授权、销售凭证等均真实有效；

3.所供产品应与采购订单中产品的品名、规格型号、生产厂家等要求相符，包装标识规范，有效期满足贵院要求；

4.在收到贵院订单后将所订货物及发票送至医院指定地点，绝不私自将货物直接送到使用科室；

5.若供应产品存在质量问题、未按照医院订单信息供货、或供货价格高于重庆药交所交易低价等，我公司无条件配合医院进行更换符合要求的货物或进行调价，其后果和责任由生产厂家及配送商共同承担。

生产企业（盖章）： 配送企业（盖章）：

 年 月 日 年 月 日

附件5

生产企业供货承诺书

陆军军医大学第二附属医院：

 本单位（生产企业）郑重承诺，向贵院申请供应的“（产品名称、规格型号、品牌）”医用耗材（试剂），至少一年内保证稳定供应。如未履行该承诺，产品不良后果由我企业承担。

 企业名称（盖章）：

 日期： 年 月 日

附件6

**生产企业委托授权书**

陆军军医大学第二附属医院：

 兹指定 （公司名称） 负责 （医用耗材或试剂名称） 产品在贵院的配送事宜。

 本委托授权书于 年 月 日签字生效，有效期至采购周期截止，特此声明。

授权日期： 年 月 日

生产企业名称（盖章）： 配送企业名称（盖章）：

生产企业法人（签章）： 配送企业法人（签章）：