附件1 景洪市第一人民医院投标文件模板（2025版）

**景洪市第一人民医院医院**

 **院内谈判采购项目（2025）**

**招标项目：**

**投标单位：**

**地 址：**

**电话传真：**

**联 系 人：**

**日 期：**

**投标文件目录**

**一、技术部分文件**

**1.投标价格组成表（提供投标单位报价单加盖公章）**

**2.投标技术参数说明**

**3.投标产品售后服务承诺（含厂家售后服务承诺）**

**4.投标质量保证书（含厂家质量保证）**

**二、资质证明文件**

**1. 法人授权委托书原件**

**2、委托代理人身份证复印件**

**3. 营业执照、医疗器械经营许可证及税务登记证、组织机构代码复印件加盖公章**

**4.造厂商或总代理授权认证**

1. **授权书**
2. **企业三证**
3. **产品医疗器械注册证及注册登记表**
4. **属特种设备的，提供特种设备安全检测报告等相关资料**

**三、产品彩页资料**

**（注：以上文件需加盖公章方生效）**

 **（公司） 投标价格组成表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **产品注册证名称** | **型号规格** | **制造商** | **数量** | **单位** | **报价（单价）****（元）** | **总价****（元）** | **生产企业许可证号** | **产品注册证** | **质保期** | **交货期及交货地点** | **医保备案名称** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**投标技术参数说明**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **产品名称** | **详细技术说明** | **配置** |
|  |  |  |

## 投标人售后服务承诺、保修期承诺及其他承诺

|  |  |
| --- | --- |
| **产品名称** |  |
| **售后服务承诺** |  |
| **保修期限承诺** |  |
| **其它承诺** |  |
| **备注** |  |

1. **法定代表人授权书（原件）**

景洪市第一人民医院：

 （供应商全称）法定代表人 授权 （全权代表姓名）为全权代表，参加贵院组织的 项目，全权处理竞争性谈判采购活动中的一切事宜，并由我单位承担由其行为所造成的一切后果和法律后果。

法定代表人签字：

公司名称（盖章）

日 期：

委托代理人姓名：

职务：

详细通讯地址：

邮政编码：

传真：

电话：

1. **质量保证书（原件）**

致景洪市第一人民医院：

本公司作为 （供应商）对景洪市第一人民医院组织

 （产品名称）竞争性谈判采购项目提供的质量保证的证明。

我方承诺提供以下质量保证并承担相应的法律责任：

提供的产品是全新的、符合国家质量标准、中国有关部门手续完备、具有生产厂家质量保证书（或合格证明）的设备，保证项目竣工完成符合国家有关安全防范标准；

提供的产品和组成的系统符合投标文件承诺和所签合同规定的技术要求；

保证“投标服务承诺”全部内容的满足。

本保证书自开标日起120日内有效，如我方中标则至设备保质期满为止有效。

公司全称（加盖公章）：

法定代表人或委托代理人签字：

日期： 年 月 日

 **（公司） 二次报价明细表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **产品注册证名称** | **型号规格** | **制造商** | **数量** | **一次报价（元）** | **二次报价****（最终报价单价）（元）** | **总价（元）** | **计量单位** | **生产企业许可证号** | **产品注册证** | **交货期** | **质保期或****维保期** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 配置： |

注意：此表单独打印加盖公章，若有医保编码的产品请填写医保编码。

供应商名称（盖章）：

授权委托人签字： 授权委托人联系方式：

邮 箱： 日 期：