正（副）本

致：赣南医科大学第三附属医院（附属口腔医院）

## **设**

## 备

## 咨

## 询

## 文

## 件

**项目名称：**

**品 牌：**

**响应供应商名称：**

**日期： 年 月 日**

目录

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **序号** | **内容** | **页码** |
| 1 | 设备咨询响应函 |  |
| 2 | 报价一览表 |  |
| 3 | 设备咨询的设备配置清单 |  |
| 4 | 设备参数 |  |
| 5 | 法定代表人授权书 |  |
| 6 | 制造商授权书 |  |
| 7 | 响应供应商关于无重大违法记录书面声明函 |  |
| 8 | 供应商资格证明文件 |  |
| 9 | 货物制造商资格证明文件 |  |
| 10 | 其他单位的该设备中标信息 |  |
| 11 | 产品彩页 |  |

## 一、设备咨询响应函

致：赣南医科大学第三附属医院（附属口腔医院）

（响应供应商名称）系中华人民共和国合

法企业，我方就参加本次设备咨询有关事项郑重声明如下：

一、我方完全理解并接受设备咨询公告所有要求。

二、我方提交的所有响应文件、资料都是准确和真实的，如有虚假或隐

瞒，我方愿意承担一切法律责任。

三**、我方承诺，不管是设备咨询，还是以后院内采购、院内招标、政府采**

**购等方式与医院有业务往来，所有设备、器械等价格不高于江西省医用设**

**备及耗材采购监管平台的最新出的设备参考价（即江西省设备限价）。**

四、我方承诺，以后的设备采购不高于此次设备咨询结果，设备性能参数、

配置、维保不低于此次设备咨询结果。

五、与此次设备咨询相关一切正式往来信函请寄：

地址 ： 传真：

电话 ： 电子邮件：

法定代表人（ 或被授权人（签字）：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

响应供应商名称（公章）

年 月 日

## 二、 响应货物报价一览表

 响应供应商（公章）                                          单位： 元

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 货物名称 | 品牌型号 | 数量及单位 | 单价 | 总价 | 保修期限 | 制造商名称 | 医疗器械注册证号 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

法定代表人或被授权人（签字）：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

联系人及电话：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(总价超过50万元的咨询项目建议制造商或总代理商代表到现场参与咨询，质保期超过两年的需制造商或总代理商提供售后服务承诺函)

  时间：  年 月 日

## 

## 三、设备咨询的设备配置清单

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **名称** | **型号** | **数量** | **备注** |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |
| 11 |  |  |  |  |
| 12 |  |  |  |  |

## 四、设备参数（重点参数或独有参数请标出）

## 五、法定代表人授权书（非法人代表参与设备咨询时提供）

致:赣南医科大学第三附属医院（附属口腔医院）

（响应供应商法定代表人名称）是 （响应供应商名称）的法定代表人，特授权 （被授权人姓名及身份证代码） 表代表我单位全权办理上述项目的设备咨询、设备咨询、谈判、签约等具体工作，并签署全部有关文件、协议及合同。我单位对被授权人的签字负全部责任。在撤消授权的书面通知以前，本授权书一直有效。被授权人在授权书有效期内签署的所有文件不因授权的撤消而失效。

被授权人签字：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 法定代表人签字：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

响应供应商名称（公章）

年 月 日

|  |
| --- |
| 粘贴法人身份证明**（复印件正、反两面）**  粘贴被授权人身份证明**（复印件正、反两面）** |

**六、制造商（进口设备为代理人授权）授权书**

## 七、响应供应商关于无重大违法记录书面声明函

致：赣南医科大学第三附属医院（附属口腔医院）

我公司在参加本次政府采购活动前三年内，在经营活动中没有因违法经营受到刑事处罚或者责令停产停业、吊销许可证或者执照、较大数额罚款等重大违法记录。

特此声明。

法定代表人或被授权人（签字）：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

响应供应商名称（公章）

年 月 日

## 八、响应供应商资格证明文件

1、营业执照、税务登记证、机构代码证（三证（五证）合一的提供三证（五证）合一证件）、银行开户许可证。

2、医疗器械经营许可证或第二类医疗器械经营备案凭证

## 九、设备咨询人资格证明文件

制造商营业执照、所投产品如为二类提供医疗器械注册证及医疗器械注册登记表（二证合一只需提供医疗器械注册证），如为一类设备提供设备登记备案凭证

**十、其他单位该设备中标信息**

**十一、设备彩页**