**附件1**

报名须知

公司授权业务代表：

一、请贵公司在报名截止时间前按照**“递交资料要求”**将报名资料发送至指定电子邮箱（2580356924@qq.com），未在报名截止时间前提交合格报名资料的视为无效报名。

二、报名资料命名格式为：“（挂网序号：XX）XXX公司XX报名资料（联系人：XX，联系电话：XX）”；其中附件2需提供Excel版本表格，命名格式为：“（挂网序号：XX）XXX公司XX等产品目录及报价表（授权代表：XX，联系电话：XX）。”

三、请贵公司在收到我院现场议价谈判会通知（时间、地点另行通知）后，准备好一式二份（一正一副）材料和样品准时参会。

四、报名人必须对所提供材料的真实性负责，如发现虚假材料将列入黑名单，并依法追究相关责任。

递交资料要求

**第1部分 材料基本目录**

★1.代理公司《企业法人营业执照》副本复印件。

★2.代理公司《医疗器械经营企业许可证》等相关经营许可资质。

★3.代理公司法定代表人证明，附身份证复印件（见模板2.3）。

★4.代理公司对授权代表的授权书原件，附身份证复印件（见模板2.4）。

★5.产品目录及报价（格式请见附件2）。

★6.关于供应医用耗材产品价格的承诺函（见模板2.5）。

★7.各产品近一年的三家广州市三级医院产品发票复印件（如为独家产品须提供五家；如无法提供广州市内符合条件的产品发票，可酌情提供广东省内三甲医院发票复印件；如省内也无，则提供全国范围内三甲医院发票复印件和报价信息；发票做好编号标记按医用耗材目录顺序排列好与附件2所填写的发票信息一致）。

★8.生产企业（或外企中国总代）三证合一营业执照副本复印件。

★9.生产企业《医疗器械经营企业许可证》等相关经营许可资质。

★10.生产企业（或外资总代）对代理公司代理产品授权书。如有多级授权，请分别提供相关公司的证照资质等文件。

★11.代理产品资质（医疗器械注册证等相关产品资质证书）每款产品一套。（注：**若不作为医疗器械管理的项目，请附上国家官方文件说明并做好标记。**）

★12.产品彩页、说明书、检验报告及样品。

13.如为进口品牌产品必须提供进口授权和关单。

14.厂家独家/专机专用产品申明（独家、专机专用产品必须提供）。

15.公司认为需要提交的其它材料。

*说明：*

***1.以上材料需加盖公章，按顺序摆放，均在有效期内；2.带星号项为必交材料；3.材料中的任何重要的插字、涂改和增删，必须由法定代表人或经其正式授权的代表在旁边加盖公章或签字才有效。***

**第2部分 材料格式模版**

**模版2.1封面**

**广州医科大学附属口腔医院**

**医用耗材项目市场调研报名材料**

**(挂网序号+耗材名称)**

**公司名称：**

**联系人：**

**联系电话：**

**邮箱：**

**日期：**

**模版2.2目录**

**目录**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **序号** | **材料名称** | **页码** |
| 1 | 代理公司《企业法人营业执照》 | 第( )页 |
| 2 | 代理公司《医疗器械经营企业许可证》等相关经营许可资质 | 第( )页 |
| 3 | 代理公司法定代表人证明（见模版2.3） | 第( )页 |
| 4 | 代理公司对授权代表的授权书（见模版2.4） | 第( )页 |
| 5 | 产品目录及报价（格式请见附件2） | 第( )页 |
| **6** | **关于供应医用耗材产品价格的承诺函（见模板2.5）** | 第( )页 |
| 7 | 相关医院产品发票复印件 | 第( )页 |
| 8 | 生产厂家《企业法人营业执照》 | 第( )页 |
| 9 | 生产厂家《医疗器械生产企业许可证》等相关经营许可资质 | 第( )页 |
| 10 | 产品销售授权委托书 | 第( )页 |
| 11 | 代理产品资质（医疗器械注册证等相关产品资质证书） | 第( )页 |
| 12 | 产品彩页及样品 | 第( )页 |
| 13 | 进口品牌产品必须提供进口授权和关单 | 第( )页 |
| 14 | 厂家独家产品/专机专用产品申明 | 第( )页 |
| 15 | 公司认为需要提交的其它材料 | 第( )页 |

**模版2.3法定代表人/负责人资格证明书**

**法定代表人/负责人资格证明书**

兹证明， 同志， （性别），现任我司 职务，为本公司的法定代表人，特此证明。

供应商法定代表人签字（盖章）：

公司名称（盖章）：

日期： 20XX年 01 月 01 日至 20XX年 12 月 31 日

|  |
| --- |
| 粘贴法定代表人身份证复印件 |

**模版2.4法定代表人授权委托书**

**法定代表人/负责人授权委托书**

**本授权书声明：**

注册于 （公司地址） （公司名称）

 （法定代表人姓名、职务）代表本公司授权 （被授权人的姓名、职务、联系方式）为本公司的合法代理人，以本公司名义负责处理在广州医科大学附属口腔医院医用耗材市场调研、谈判、产品供应服务等相关事务。

本授权书在签字盖章后生效，特此声明。

供应商法定代表人签字（盖章）：

被授权人签字（盖章）：

公司名称（盖章）：

日期： 20XX年 01 月 01 日至 20XX年 12 月 31日

|  |
| --- |
| 粘贴代理人身份证复印件 |

**模版2.5关于供应医用耗材产品价格的承诺函**

**XX公司**

**关于供应医用耗材产品价格的承诺函**

广州医科大学附属口腔医院：

我司承诺：我司向贵院供应的 等全部医用耗材产品价格在全省范围内都是最低价格，既不高于省市平台最低指导价，也不高于向其他医疗机构的供应价格。如因供应产品市场价格调整，特别是在广东省、广州市平台指导价格调整，导致我司向贵院供应价格高于平台指导价或其他医疗机构采购价的情况，我司将主动做出降价调整，降至最低可比价格。

特此承诺。

承诺单位：

承诺单位法人签名：

承诺时间：