**广西壮族自治区生殖医院**

**2025年医疗设备采购需求调查（第五批）**

**意见反馈文件**

**设备名称：**

**参与单位：**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**联系人：**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**联系电话：**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

文件目录

（请按以下目录提供材料。全部材料需提供可编辑的电子版、盖章扫描的PDF版）

1、营业执照

2、授权委托书及授权委托代理人身份证复印件

3、公司简介、人员情况和相关荣誉证书等（如有）

4、相关产业发展情况（如有，格式自拟）

5、市场供给情况（如有，格式自拟）

6、可能涉及的运行维护、升级更新、备品备件、耗材等后续采购情况（如有，格式自拟）

7、请供应商提供产品彩页。

8、供应商认为需要提交的资证（包含但不限于：《医疗器械经营许可证》或《医疗器械生产许可证》或《医疗器械经营备案凭证》等相关资质证明、符合相关国家标准或行业标准的证明材料等等相关资质证明。）

9、产品厂家的生产许可证、厂家出具的代理授权书、售后方案（如有）

10、相关专利证书等（如有）

11、供应商认为需要提交的其他意见（如有）

12、2024年以来同配置的产品历史成交信息（需附上采购合同复印件）（格式详见附件1.需求调查意见反馈文件）

13、报价意见表（格式详见附件1.需求调查意见反馈文件）

14、填报的附件2《货物技术与商务要求反馈表》（同时提供可供编辑的excel表格电子版）

**格式如下：**

**2024年以来同配置的产品历史成交信息**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 采购标的名称 | 成交项目名称 | 成交项目编号（如有） | 成交金额（元） | 服务合同签订日期 |
| 1 |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |
| … |  |  |  |  |  |

**注：需附上采购合同复印件**

**报价意见表**

设备名称：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 报名设备名称 | 报名设备产地/品牌/型号 | 制造商 | 数量 | 单价(元) | 合计报价（元） | 参数响应情况（请填写：“全部无偏离”或“部分负偏离”或“部分正偏离”） | 本次报价的主要配置及维保情况（年限、全保） |
| 1 |   |  |  | 1台 |  |  |  |  |
| 总报价：（大写）人民币 （￥ 元） |
| 维保期满后续保费用（填写百分比或金额）： |
| 报名单位名称： |
| 报价人： |
| 联系电话： |
| 职务： |
| 身份证号码： |
| 报价邮箱： |
| 报价日期： 年 月 日 |

|  |
| --- |
| **专机专用耗材报价（若有）** |
| 序号 | 耗材名称 | 规格型号 | 品牌/制造商 | 单价（元） | 使用周期/寿命 | 优惠条件 |
| 1 |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |
| … |  |  |  |  |  |  |
| … |  |  |  |  |  |  |

报价单位名称：

报价日期： 年 月 日