**关于邀请参加项目采购前综合论证的函**

**各相关供应商：**

威海市立第三医院拟对编号LZ2022-18SB的手术床无影灯项目实施采购前综合论证，欢迎相关供应商积极参与。

拟参与供应商务必全面、认真阅读本函所有内容，并严格按照本函要求落实参与事宜。未按要求履行程序或者未按要求提供资料的供应商，无法取得参与资格。

**一、论证的时间**

2022年8月6日9:30，当日9:15至9:25签到

**二、论证的地点**

威海市立第三医院三楼西区第二会议室

**三、论证的内容**

门诊手术室使用的手术床和无影灯各一台件。

**四、论证的报名**

拟参与供应商应当于 2022年8月5日17:00前派员持公司《营业执照》复印件1份到医院招标办报名。

**五、论证的目的与方式**

通过与供应商进行沟通与谈判，掌握相关产品与服务的质量层次、价格水平、配置方案、保障体系、市场应用等相关信息，为未来实施采购提供标准和依据。

论证参照询价方式（一次报价）。

供应商不可就本项目的全部或者部分提供超过一种方案要求医院实施选择。

论证采取远程办公形式，签到和需要的现场沟通使用电话联络方式。项目被授权人和报名联系人在论证当天9:00至12:00保持通信畅通。

拟参加的供应商需要将“六、论证现场需要的资料”进行密封并于2022年8月6日9：00前送达威海市立第三医院招标办王博，送达可以使用邮寄方式，收件信息：威海市齐鲁大道80号 威海市立第三医院 王博 132 7631 6387。

**六、论证现场需要的资料**

**（一）销售商资质**

1.《营业执照》复印件1份

2.经营许可或者经营备案凭证复印件1份

注:①生产商直接参与的不需要提供销售商资质。

 ②产品为第三类医疗器械的提供《医疗器械经营许可证》复印件；为第二类医疗器械的提供《第二类医疗器械经营备案凭证》复印件；为第一类医疗器械和不属于医疗器械的，不需要提供经营许可或经营备案凭证。

**（二）生产商资质**

1.《营业执照》复印件1份

2.生产许可或者生产备案凭证复印件1份

注：①进口产品不需要提供生产商资质。

②产品为第三类、第二类医疗器械的提供《医疗器

械生产许可证》复印件；为第一类医疗器械的提供《第一类医疗器械生产备案凭证》复印件；不属于医疗器械的，不需要提供生产许可或生产备案凭证。

**（三）产品资质**

产品的注册或者备案资料复印件1份

注：产品为第三类、第二类医疗器械的提供《医疗器械注册证》复印件；为第一类医疗器械的提供《第一类医疗器械备案信息表》复印件；不属于医疗器械的提供自定格式的《关于\*\*产品不属于医疗器械的说明》。

**（四）参与人员资质**

附件1格式的《法人授权委托书》1份

**（五）产品报价**

附件2格式的《报价单》4份

注：可选配置报价列于标准配置之后，产品需要使用专用耗材的（非指配件、易损件），提供专用耗材的名称、规格、生产商、价格，规格中要体现可使用的人次数量。

**（六）市场应用**

附件3格式的《同类产品市场应用情况表》4份

注：罗列同品牌同规格型号（如同规格型号市场应用较

少，可适当提供关联规格型号)产品的市场分布情况，数量不超过20家，顺序为威海区域在前、其他区域在后。

**（七）其他资料**

原则上不需提供其他资料，但如果供应商认为确有必要追加提供的，可提供不超过2种、每种1份的其他资料。

**要求：**以上（一）至（七）严格按照要求的种类、数量、顺序整理为一套资料（严禁乱提供非本函要求的资料），每页加盖参与论证公司的红章，使用长尾夹固定。

**七、其他事项要求**

医院接受供应商在论证前的合理时间来院勘查与咨询，但在来院前需要与医院招标办联系确定相关事宜。

**八、联系人与联系方式**

联系人：王博

电 话：0631-5960192

邮 箱：slsyzbb@163.com

附件：1.法人授权委托书

 2.报价单

3.对外服务情况表

威海市立第三医院

2022年8月2日

附件1

**法人授权委托书**

本授权书声明： （公司名称）法定代表人 （姓名），代表本公司授权 （姓名）为本公司的合法代理人，参加威海市立第三医院 （项目编号）项目的综合论证，并以本公司名义处理一切与之有关的事宜。

本公司已充分理解本项目邀请函的全部内容，并承担因理解错误所导致的不利后果。

法定代表人签字：

 （授权单位在此处盖章）

被授权人签字：

被授权人身份证复印件粘贴于下框：

|  |
| --- |
|  |

附件2

**报价单**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **产品名称** | **规格型号** | **生产商** | **质保期** | **价格（元）** |
| 1 | 手术床 |  |  |  |  |
| 2 | 无影灯 |  |  |  |  |

参与供应商盖章：

附件3

**对外服务情况表**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **序****号** | **服务单位** | **服务年度** | **联系人** | **联系电话** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

参与供应商盖章：