附件二：

**院内论证会公告**

**一、项目名称：**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **见公告首页** |  |

**二、采购方信息**

采购方：苏州高新区人民医院

地址：苏州高新区华山路95号

联系人： 龚惠芬 王颢颖 李敏 电话：0512-69585232

Email：2502386745@qq.com

**三、报名方式**

报名截止时间:2023-8-20 17:00。 在报名截止时间前将医疗设备信息采集表（格式见附件）送达联系人处。

**四、院内谈判响应文件组成**（必须按以下要求及顺序编制目录和对应页码装订成册，不按要求制作标书的院方有权取消其本次谈判资格。）

1. 投标人资格证明文件

（1）营业执照副本复印件

（2）医疗器械生产企业许可证、医疗器械经营企业许可证复印件

（3）法人及法人授权代表身份证复印件

（4）法定代表人授权委托书原件、制造商或销售商代理授权书原件

（5）《医疗器械产品注册证》、注册登记表（如属医疗器械）

（6）其他相关证明文件（根据采购项决定）

2. 所投产品配置清单，如涉及耗材，还必须要有耗材清单、中标价格、中标编码及优惠价；

3. 所投产品详细技术资料、彩图（中文）；

4. 投标人近三年来与本次招标货物相同产品的用户名单及联系方式；

5. 售中、售后服务及相关培训服务承诺（医疗设备免费原厂质保期三年）；

6. 设备交付使用时间；

7. 苏州高新区人民医院设备征询表(见附件)。

根据院方使用部门实际需求制作投标书，谈判文件一式8份。

五、报价要求：

1. 各家根据院方报价格式一次报定最终成交价格。

2. 写明整体打包优惠价或优惠方案。

3. 报价单密封在信封里，会前交给工作人员。

六、院内谈判时间、对规定时间内报名登记单位医院电话或短信方式另行通知 请提前15分钟到场，抽签决定介绍产品的先后次序，每家介绍产品需在规定时间内进行，请勿超时。

如有任何疑问请拨打电话0512-69585232咨询。（如有变动将另行通知）

**\*\*各投标人在谈判前，须认真阅读本论证会公告，完全了解并接受其所有条款及要求。并在谈判时将响应文件一式8份（其中正本1份，副本7份），参与多项不同产品竞争的需要分开做标书。会议开始前连同报价单（一次报价）交给工作人员。**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **设备论证会报价格式** | | | | | | | |
| **设备名称** | | | **品牌型号** | | **数量** | **单价** | **总价** |
|  | | |  | |  |  |  |
|  | | |  | |  |  |  |
|  | | |  | |  |  |  |
| 若涉及耗材请填下表： | | |  | |  |  | |
| **涉及的耗材品种及价格** | | | | |
| **序号** | **耗材名称** | **规格** | **单价** | **中标编码** | **是否中标** | |
| 1 |  |  |  |  |  | |
| 2 |  |  |  |  |  | |