天津市口腔医院

遴选报名资料

（医用耗材类）

项目名称：

供应商名称：

日期： 年 月 日

## 报名文件目录（按顺序）

一、报名须知

二、法定代表人授权委托书

三、价格、网采及廉洁承诺书

四、无重大违法行为承诺书

五、天津市口腔医院医用耗材调研产品清单（详见附件3）

六、其他资料

1. 产品图片、说明书、功能特点、不良事件情况。
2. 销售业绩。

## **一、报名须知**

1. 所供耗材具有完善的销售供应和售后服务的保障体系，货源充足，供货及时，运输应符合耗材保存要求，具有8小时内加急供货的应急能力，定期提供操作培训及技术支持。
2. 产品属于国家医保医用耗材分类范围，须取得相应代码，并同意网上采购。
3. 须在告知中选后30天内与医院正在合作的配送平台完成首营工作，所报价格须包含产品配送费用、配套工具配送和使用费用、伴随服务费用等配送到院的一切费用。
4. 提供的产品须具有有效产品注册证或证明文件。
5. 如发现耗材的采购价格高于天津市阳光采购绿区价格的，须立即调整到绿区价格以内。耗材纳入国家集中招标采购目录和京津冀联合采购目录的，若所供耗材未能中标，则自动终止供应；如中标，则按中标价格执行。
6. 如产品在有效期内出现质量问题，应无条件退货，并承担由此造成的一切经济损失及法律责任。

请在下列横线上手写以下文字：“天津市口腔医院的提示、说明下，我方已充分阅读并理解上述条款，自愿接受以上条款约束。”

----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

供应商(盖单): 签名:

日期： 年 月 日

## 二、法定代表人授权委托书

**法定代表人授权委托书**

（法定代表人签署不需提供此书）

天津市口腔医院：

我 （姓名）系 （供应商名称）的法定代表人，现授权委托本单位在职职工 （姓名）以我方的名义参加贵院 （项目名称） 项目的遴选调研活动，并代表我方全权办理针对上述项目的具体事务和签署相关文件。

我方对被授权人的签名事项负全部责任。

在撤销授权的书面通知到达你方并由你方确认签收以，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销而失效。

被授权人无转委托权，特此委托。

被授权人签名：

职 务：

被授权人身份证号码：

法定代表人签名：

职 务：

身份证号码：

供应商公章：

签署时间： 年 月 日

附：

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 法定代表人身份证复印件正反 |  | 被授权人身份证复印件正反 |

## 三、价格、网采及廉洁承诺书

**承诺书**

天津市口腔医院：

我单位供应给天津市口腔医院的产品的价格不高于我单位将该产品供应给天津市内其他医疗机构的价格。

我单位提供的产品具备网上采购的资格，同意线上采购。

我单位承诺不以回报、宴请等方式影响院方工作人员采购或使用医药产品的选择权，不得在学术活动中提供旅游、超标准支付食宿费用。销售代表必须在工作时间按医院要求到指定地点联系商谈，不得到住院部、门诊部、医技科室等推销相关产品，不得借故到院方相关领导、部门负责人及相关工作人员家中访谈并提供任何好处费。

若违背上述承诺，我单位愿意无条件终止与医院的供应，并承担因此引起的一切后果。

承诺单位（公章）：

 法定代表或其授权人（签字）：

 日 期： 年 月 日

## 四、无重大违法行为承诺书

**无重大违法行为承诺书**

天津市口腔医院：

我方愿意参加贵方组织的项目遴选活动，并就参加本次活动有关事项郑重声明如下：

1.我公司向贵方提交的所有文件、资料都是准确的和真实的。

2.我公司参加本次活动前三年内，在经营活动中无重大违法记录。

3.我公司未被“信用中国”（www.creditchina.gov.cn）、中国政府采购网（www.ccgp.gov.cn）列入失信被执行人、重大税收违法案件当事人名单、政府采购严重违法失信行为记录名单。

4.以上事项如有虚假或隐瞒，我公司愿意承担一切后果，并不再寻求任何旨在减轻或免除法律责任的辩解。

 承 诺 单 位（公章）：

 法定代表或其授权人（签字）：

 日 期： 年 月 日

**五、天津市口腔医院医用耗材调研产品清单（详见附件3）**

## 六、其他资料

1.产品图片和说明书，产品优势。

2.相同产品销售业绩

提供近三年来向天津市内、京冀、其他省市三甲医院供货的所有名单，并附相关销售发票的复印件。