**附件2. 中山大学孙逸仙纪念医院**

**新试剂采购报名表**

编号： 20231107-（试剂序号 ）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 试剂  名称 | 中文名 |  | | 规格 |  | 包装规格 |  | |
| 英文名 |  | | 是否本省中标范围 | □是  □否 | 中标价（元） |  | |
| 检验项目名称 | |  | | 供货价（元） |  | 可检测样本 | 份数 |  |
| 批准文号/注册证号 | |  | | 检验项目收费 |  | 元/份 |  |
| 新试剂类型 | | □ 开放 | | 是否使用仪器检测 | □是 | 仪器名称： | | |
| □配套： □独家  □多家 | |
| 是否消耗耗材 | □有  □无 | □否 |
| 生产厂家 | |  | | | □ 国产 □ 合资 □ 进口 | | | |
| 经销单位 | |  | | 联系人及电话： | | | | |
| 已使用该试剂的三家三甲医院名称及其供应价格 | | 1. 医院，供应价格（元）： | | | | | | |
| 2. 医院，供应价格（元）： | | | | | | |
| 3. 医院，供应价格（元）： | | | | | | |

说明：

1. 提供省内三家三甲医院（优先参考中山大学附属第一医院、中山大学附属第三医院、中山大学肿瘤防治中心、广东省人民医院、南方医院）的供货销售发票复印件，如确实无法提供指定医院的发票复印件，请提供其他广州市三家三甲医院的供货发票复印件，报价不得高于省内三甲医院的供货价。以上资料必须注明“与原件相同”并加盖供货商公章。

2. 如该试剂检测必须搭配其他消耗耗材完成的，请如实提供耗材清单及其价格，经相关科室核对签名后交试剂库；隐瞒不报者，一经发现取消竞标资格。

3. 试剂的报价不得高于该检测项目收费价格的40%，特殊情况者需附上书面说明。

4. 提供资料需加盖该企业公章：

1. 《药品生产许可证》或《医疗器械生产许可证》或《医疗器械生产备案凭证》复印件；
2. 《药品经营许可证》或《医疗器械经营许可证》或《医疗器械经营备案凭证》复印件；
3. 试剂的《医疗器械注册证》或《药品注册证》或《医疗器械备案凭证》复印件，无注册证需附上情况说明；
4. 生产企业及经营企业的《营业执照》复印件；
5. 法人委托书原件(委托书中必须注明授权范围及效期) ，包括厂家委托公司，公司委托业务员；
6. 销售人员身份证复印件(核对原件)；
7. 产品合格证明或检验报告书；
8. 产品使用说明书等有关资料。
9. 提供公司在中国政府采购网中[政府采购严重违法失信行为信息记录](http://www.ccgp.gov.cn/search/cr/)的查询结果（http://www.ccgp.gov.cn/search/cr/），及出具近三年“无行贿犯罪记录”和投标资料齐全真实的**承诺函**；

6. 将填写的《新试剂采购报名表》和《新试剂采购信息表》盖章后交医院试剂库，并将Word及Excel电子版发至邮箱：[sumsjk@163.com](mailto:sumsjk@163.com)。**纸质版和电子版均已提交方视为报名成功。**