**附件1：**

**1.1：封面**

**清远市第三人民医院**

**设备维保项目**

**公司名称：**

**联系人：**

**联系电话/邮箱：**

**日期：**

**1.2目录**

**目录**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **材料名称** | **页码** | **备注** |
| 1 | 详细的维保方案（包含维保服务报价、服务范围与内容、响应时间、公司简介、售后服务点、工程师配备、配件配备等详细信息） |  |  |
| 2 | 供应商证照：①营业执照 ②医疗器械经营许可证 ③供应商给业务员的授权书④业务员身份证复印件、联系方式、维修资质证明、工程师相关资质； |  | 若厂家递交资料，无须提供此项。 |
| 3 | 厂家证照：①营业执照 ②医疗器械经营许可证 ③原厂给供应商的授权书（原厂维保的提供）、④厂家给业务员的授权书、⑤业务员身份证复印件、联系方式、⑥维修资质证明、工程师相关资质； |  |  |
| 4 | 销售记录：提供近期3家其他医院同品牌、型号设备维保的合同复印件，不得遮挡价格，并注明该设备购买该设备的时间； |  |  |
| 5 | 包含资料真实性保证书 |  |  |
| 6 | 报价资料 |  |  |
| 7 | 维修资质证明文件 |  |  |
| 8 | 工程师相关资质 |  |  |

**1.3报价表**

 **xx公司设备维保报价表**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **项目名称** | **参考价格** | **报价（万元）** |
| **XX医院** | **XX医院** | **XX医院** |
| **1** |  |  |  |  |  |
| **序号** |  **项目名称** | **参考价格** | **报价（万元）** |
| **XX医院** | **XX医院** | **XX医院** |
| **2** |  |  |  |  |  |
| **序号** | **项目名称** | **参考价格** | **报价（万元）** |
| **XX医院** | **XX医院** | **XX医院** |
| **3** |  |  |  |  |  |
|  | **合计** |  |

**备注：**1、序号与项目序号必须一致。

2、参考价必须与所提供的合同价格或发票价格和医院名称一致。

 **公司盖章（法人/授权人签名）：**

**22022年 月 日**

**1.4法定代表人/负责人资格证明书**

**法定代表人/负责人资格证明书**

兹证明， 同志， （性别），现任我司 职务，为本公司的法定代表人，特此证明。

供应商法定代表人签字（盖章）：

公司名称（盖章）：

日期：

|  |
| --- |
| 法定代表人身份证复印件 |

**1.5法定代表人授权委托书**

**法定代表人/负责人授权委托书**

**本授权书声明：**

注册于 （公司地址） （公司名称）

 （法定代表人姓名、职务）代表本公司授权 （被授权人的姓名、职务、联系方式）为本公司的合法代理人，以本公司名义负责处理在清远市第三人民医院设备维保供应商征集活动中报名、院内谈判等相关事务。

本授权书在签字盖章后生效，特此声明。

供应商法定代表人签字（盖章）：

被授权人签字（盖章）：

公司名称（盖章）：

日期：

|  |
| --- |
| 代理人身份证复印件 |

**1.6提供资料真实性保证书**

**提供资料真实性保证书**

清远市第三人民医院：

我公司郑重保证，此次设备维保供应商征集活动中所提供的资料内容均真实、合法、如有虚假资料和证明材料，愿负相应的法律责任，并承担由此产生的一切后果。

公司盖章（法人/授权人签名）：

2024年 月 日