**广西医科大学第一附属医院肿瘤诊疗规范化管理平台采购需求调查意见反馈文件**

**项目名称：肿瘤诊疗规范化管理平台采购**

**参与单位：**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**联系人：**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**联系电话：**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

文件目录

（按以下目录提供材料。全部材料需提供可编辑的电子版、盖章扫描的PDF版、打印的纸质版调研会议现场提交。）

1、营业执照

2、法定代表人身份证明

3、授权委托书及授权委托代理人身份证复印件

4、公司简介、人员情况和相关荣誉证书等

5、相关产业发展情况（格式自拟）

6、市场供给情况（格式自拟）

7、可能涉及的运行维护、升级更新、备品备件、耗材等后续采购情况（格式自拟）

8、请供应商提供产品彩页；如有带CMA或CNAS认证的产品检测报告请一起提供。

9、产品厂家的生产许可证、厂家出具的代理授权书、售后方案

10、相关专利证书等

11、供应商认为需要提交的其他意见

12、2024年以来同配置的产品历史成交信息（需附上采购合同复印件）（格式详见附件1.需求调查意见反馈文件）

13、报价意见表（格式详见附件1.需求调查意见反馈文件）

14、填报的附件2《货物技术与商务要求反馈表》（同时提供可供编辑的excel表格电子版）

**格式如下：**

**2024年以来同配置的产品历史成交信息**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 分标 | 项目 | 采购标的名称 | 成交项目名称 | 成交项目编号（如有） | 成交金额（万元） | 服务合同签订日期 |
|  | 1 |  |  |  |  |  |
|  | 2 |  |  |  |  |  |
|  | 3 |  |  |  |  |  |
|  | 4 |  |  |  |  |  |
|  | 5 |  |  |  |  |  |
|  | 6 |  |  |  |  |  |
|  | … |  |  |  |  |  |

**注：需附上采购合同复印件**

**报价意见表**

项目名称： 广西医科大学第一附属医院肿瘤诊疗规范化管理平台采购

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 项号 | 报名设备名称 | 报名设备产地/品牌/型号 | 数量 | 单价(元) | 合计报价（元） | 参数响应情况（请填写：“全部无偏离”或“部分负偏离”或“部分正偏离”） | 本次报价的主要配置及维保情况（年限、全保） |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |
| ... |  |  |  |  |  |  |  |
| 总报价：（大写）人民币 （￥ 元） |
| 维保期满后续保费用（填写百分比或金额）： |
| 报名单位名称： |
| 报价人： |
| 联系电话： |
| 职务： |
| 身份证号码： |
| 报价邮箱： |
| 报价日期： 年 月 日 |

|  |
| --- |
| **专机专用耗材报价（若有）** |
| 序号 | 耗材名称 | 规格型号 | 品牌/制造商 | 单价（元） | 使用周期/寿命 | 优惠条件 |
| 1 |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |
| … |  |  |  |  |  |  |
| … |  |  |  |  |  |  |

报价单位名称：

报价日期： 年 月 日