**天津中医药大学第二附属医院**

**医用耗材物流管理平台调研**

**报名文件**

**（加盖公章）**

项目名称：

    公司名称：

联系人及电话：

日  期：

**报名文件目录**

一、报名函

二、供应商资质证明文件

三、药械代表授权委托书

四、药械代表登记备案表

五、2021-2024年度开展合作医院（本市）

六、拟在我院开展的医用耗材物流管理平台服务方案

七、公司SPD项目独特优势

八、其他

附件1

**报名函**

致：天津中医药大学第二附属医院

根据贵方 项目的调研邀请，签字代表 （姓名/职务）经正式授权并代表我公司 （报名单位名称、地址）提交加盖公章的报名文件。

据此函，签字代表宣布同意如下：

1. 我公司将按调研通知的规定履行责任和义务。

2. 我公司同意按照贵方要求提供的与调研有关的一切数据或资料，并声明报名文件及所提供的一切资料均真实有效。由于我公司提供资料不实而造成的责任和后果由我公司自行承担。

3. 我公司承诺未列入“信用中国”网站（www.creditchina.gov.cn）失信被执行人、重大税收违法案件当事人名单，也未列入中国政府采购网（www.ccgp.gov.cn）政府采购严重违法失信行为记录名单，符合《中华人民共和国政府采购法》第二十二条规定的各项条件，调研会报名截止日前3年在经营活动中没有重大违法记录。

4. 与本次调研有关的一切正式往来通讯方式：

电 话：

邮 箱：

报名单位名称（盖公章）：

日期： 年 月 日

附件2

**供应商资质证明文件**

1.提供有效期内的《营业执照》复印件并加盖公章。

2.提供有效期内的《医疗器械经营许可证》复印件并加盖公章。

3.提供有效期内的《第二类医疗器械经营备案凭证》复印件并加盖公章。

4.信用中国信用信息报告（加盖公章）。

附件3

药械代表授权委托书

**受委托人单位（公章）： ，**

**法人： ，身份证号: ，电话： 。委托 到我院进行药械相关业务洽谈联系。**

**受委托人： （男、女），身份证号: ，联系电话： 。**

**有效期：自 年 月 日 至 年 月 日**

**受委托人签字：**

**法人（签名/印鉴）：**

**授权日期：**

（授权人身份证复印件盖公章）

（被授权人身份证盖公章）

附件4

**药械代表登记备案表**

|  |  |
| --- | --- |
| **药械企业名称****（盖章）** |  |
| **药械产品****基本信息** |  |
| **申请来院事由** |  |
| **药械代表基本信息** |
| **姓 名** |  | **性 别** |  | 电子照片 |
| **年 龄** |  | **联系电话** |  |
| **从业资质** |  | **从业年限** |  |
| **身份证号：** |
| **诚信档案** |
| **日期** | **事件** | **评价** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

附件5

2021-2024年度开展合作医院（本市）

项目名称：

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 用户单位名称 | 项目具体内容 | 联系人及联系方式 | 项目起止时间 | 用户盖章的成功履行合同的相关证明材料扫描件 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

注：相关证明材料附后。

报名单位名称（盖公章）：

日期： 年 月 日

**附件6**

**拟在我院开展的医用耗材物流管理平台服务方案**

**（简介内容撰写：重点突出，可操作性强）**

**附件7**

**本****公司SPD项目独特优势**

**（内容自行撰写）**