**附件3**

**供应商须知**

**一、询价应答文件的组成**

询价应答文件应包含以下内容（一式贰份：**正本壹份和副本壹份，加盖公章**装订成册并密封）：  
 1.投标承诺函（详见示例1）；

2.投标报价表（详见示例2）；

3.供应商资格证明文件（营业执照副本复印件、税务登记证副本复印件或统一社会信用代码营业执照副本复印件、医疗器械经营/生产许可证或第二类医疗器械经营备案凭证复印件、药品经营许可证）；

4.供应商相应的法定代表人身份证正反两面复印件；

5.供应商代表的授权委托书原件（详见示例3）、委托代理人的身份证正反面复印件（委托代理时必须提供）；

6.售后服务承诺书；投标供应商可自行拟定供货的服务方案；

7.属于医疗器械的产品提供相应、完整且有效的《医疗器械产品注册证》及其附表或新版医疗器械注册证或备案凭证复印件，属于药品管理的应提供药品注册证书；

8.投标产品生产厂家对应的资质文件（三证一照等）；

9.近三年泉州市内二级以上医院用户名单，提供部分发票或合同复印件；

10.投标人认为需加以说明的其它内容。

二、各供应商的报价应合理，并无明显漏算且未低于成本。如询价小组认为投标报价或某些分项报价明显不合理，有降低质量、不能诚信履约的可能时，询价小组有权通知投标供应商作出解释。若投标供应商未能在规定期限内做出解释，或所作解释不合理，经询价小组研究，将取消该投标供应商的中标候选资格，由排名后一位的投标供应商递补，以此类推。

三、说明事项

1.有效期：本次招标项目签订合同有效期24个月。

2.所有品种年采购量根据医院实际需求进行采购。

3.所有产品必须符合我院设备使用要求。

4.各品种如遇市场价格降浮于本标书价格的，市场降价的必须按照降价供应，如涨幅超过5%以上的，供应方必须提前函告采购方，待确认后才能执行涨价供应，但不能超出市场价。

5.执行过程中如遇政府实行统一采购，则按政府相关规定执行，本院与供应方的合同同时失效。

示例1

**投标承诺函**

**致：泉州市第三医院**

根据贵方为 项目的招标邀请，本签字代表（全名、职务） 获得正式授权并代表供应商（供应商名称） 提交本次投标文件。

据此函，签字代表宣布同意如下：

1.所附详细报价表中规定的应提供和交付的货物及服务报价总价（国内现场交货价）详见投标报价表。

2.供应商已详细审查全部招标文件，包括修改文件（如有的话）和有关附件，将自行承担因对全部招标文件理解不正确或误解而产生的相应后果。

3.供应商保证遵守招标文件的全部规定，供应商所提交的材料中所含的信息均为真实、准确、完整，且不具有任何误导性。供应商所提供的资质材料在投标响应文件中是不可拆卸的。如发现所提供材料不全，责任由本公司自负。

4.供应商将按招标文件的规定履行合同责任和义务。

5.与本招标项目有关的一切正式往来通讯请寄：

地 址：

电 话： 传 真：

供应商代表（签字）： 联系电话：

供应商（盖公章）：

日 期： 年 月 日

示例2

**投标报价表**

项目名称：泉州市第三医院检验试剂询价采购

货币单位：元人民币

合同包一：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **品目号** | **产品名称** | **规格** | **单位** | **基础数量** | **单价** | **金额** | **医疗器械注册证号或药品批准文号** | **生产厂家** | **备注** |
| 1-1 | 梅毒甲苯胺红不加热血清试验诊断试剂（TRUST） | 120人份/盒 | 盒 | 25 |  |  |  |  |  |
| 1-2 | 乙型肝炎病毒表面抗原诊断试剂盒（酶联免疫法） | 96T/盒 | 盒 | 25 |  |  |  |  |  |
| 1-3 | 乙型肝炎病毒表面抗体检测试剂盒（酶联免疫法） | 96T/盒 | 盒 | 25 |  |  |  |  |  |
| 1-4 | 乙型肝炎病毒e抗原检测试剂盒（酶联免疫法） | 96T/盒 | 盒 | 25 |  |  |  |  |  |
| 1-5 | 乙型肝炎病毒e抗体检测试剂盒（酶联免疫法） | 96T/盒 | 盒 | 25 |  |  |  |  |  |
| 1-6 | 乙型肝炎病毒核心抗体检测试剂盒（酶联免疫法） | 96T/盒 | 盒 | 25 |  |  |  |  |  |
| 1-7 | 丙型肝炎病毒抗体诊断试剂盒(酶联免疫法) | 96T/盒 | 盒 | 1 |  |  |  |  |  |
| 1-8 | 人类免疫缺陷病毒抗体诊断试剂盒(酶联免疫法) | 96T/盒 | 盒 | 1 |  |  |  |  |  |
| 1-9 | 梅毒螺旋体抗体诊断试剂盒(酶联免疫法) | 96T/盒 | 盒 | 1 |  |  |  |  |  |
| 1-10 | 乙型肝炎病毒表面抗原系列血清（液体）标准物质 | 0.5ml/支 | 支 | 10 |  |  |  |  |  |
| 1-11 | 乙型肝炎病毒表面抗体系列血清（液体）标准物质 | 0.5ml/支 | 支 | 10 |  |  |  |  |  |
| 1-12 | 乙型肝炎病毒e抗原系列血清（液体）标准物质 | 0.5ml/支 | 支 | 10 |  |  |  |  |  |
| 1-13 | 乙型肝炎病毒e抗体系列血清（液体）标准物质 | 0.5ml/支 | 支 | 10 |  |  |  |  |  |
| 1-14 | 乙型肝炎病毒核心抗体系列血清（液体）标准物质 | 0.5ml/支 | 支 | 10 |  |  |  |  |  |
| 1-15 | 人类免疫缺陷病毒1型抗体系列血清（液体）标准物质 | 1ml/支 | 支 | 10 |  |  |  |  |  |
| 1-16 | 梅毒螺旋体抗体血清（液体）标准物质 | 0.5ml/支 | 支 | 10 |  |  |  |  |  |
| 1-17 | 丙型肝炎病毒抗体系列血清（液体）标准物质 | 0.5ml/支 | 支 | 10 |  |  |  |  |  |
| 合计总金额： | | | | | |  |  |  |  |

供应商（盖公章）： 供应商代表（签字）：

日 期： 年 月 日

示例3

**法定代表人授权书**

**泉州市第三医院**：

（供应商全称） 法定代表人 授权（供应商代表姓名） 为供应商代表，代表本公司参加贵院组织的 项目招标活动，全权代表本公司处理招标过程的一切事宜，包括但不限于：投标、参与开标、签约等。供应商代表在投标过程中所签署的一切文件和处理与之有关的一切事务，本公司均予以认可并对此承担责任。供应商代表无转委权。特此授权。

授权有效期：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日至\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日。

法定代表人： 身份证号： 联系电话：

供应商代表： 身份证号： 联系电话：

授权方

供应商（盖公章）：

法定代表人（签字或盖章）：

日 期： 年 月 日

接受授权方

供应商代表（签字）：

日 期： 年 月 日

附：法定代表人和被授权人合格有效的身份证正、背面复印件。