**格式1**

**申报文件的封皮**

**申 报 文 件**

所申报包号：第X包

项目名称：

项目编号：

供应商名称：

## 格式2

**法定代表人（或非法人组织负责人）身份证明书**

姓名： ，性别： ，出生日期： ，现任职务： ，系 （供应商名称）的法定代表人（或非法人组织负责人）。

特此证明。

|  |
| --- |
| （法定代表人（或非法人组织负责人）身份证正、反面复印件） |

供应商名称（加盖单位公章）：

日期：

**法定代表人授权委托书**

委托单位名称：

法定代表人姓名：

法定代表人身份证号码：

受委托人姓名：

受委托人身份证号码：

受委托人工作单位：

联系方式：（手机） 办公电话：（固话）

现委托 为本公司的合法代理人，参加 （项目名称）活动，项目编号： 。

委托代理权限如下：代为参加并签署此次耗材遴选的报名、递交相关文件、议价价格确认等相关事宜。

本授权于 年 月 日签字生效，无转委托，特此声明。

|  |
| --- |
| **（授权人身份证复印件正反面）** |

委托单位名称（盖章）：

法定代表人（签字或盖章）：

日期： 　 年 月 日

## 格式3

**最低价格承诺书**

致：中国医科大学附属第四医院

我方将按照采购人的要求按时配送遴选通过产品，确保产品的购销合同的履行，并在此郑重承诺：

一、我方不会为达成采购意向同采购人进行任何不正当联系，不会在供货过程中有任何违法违规行为。

二、在参加本次耗材遴选活动中所提供的产品报价为目前本公司销售产品的辽宁省市场范围内最低价格（包含让利等其他附属优惠，详见相关发票复印件或说明函）。

三、承诺在此次项目采购周期过程中，我公司供货价格不高于中国医科大学附属第四医院以往的实际采购价。

四、承诺在此次项目有效期内，如本公司经营的产品市场价格下调必须同期向中国医科大学附属第四医院提供同样的下调价格。

五、如我公司在履行供货职责中，采购方发现所采购产品价格高于其它医疗机构的采购价，采购方可将我公司列入“黑名单”，并禁止参与中国医科大学附属第四医院相关的招标采购或议价项目，同时我公司自愿接受采购方的一切处罚措施。

承诺经核实上述事项如有违反，贵方有权取消本公司的供货资格并视为价格欺骗，取消本公司及相关公司所有产品在中国医科大学附属第四医院经销权和其它产品的一切供货权利，三年内不准参加中国医科大学附属第四医院开展的所有招标采购和议价活动。

本承诺有效期与供货合同有效期相同。

供应商名称（盖章）：

法定代表人（签字或盖章）：

日期： 　年 月 日

**格式4**

**产品申报表**

**报价单位：元**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **供应商全称** | 包号 | 需求科室 | 注册证产品名称 | 通用名 | 阳采流水号 | 医保编码 | 产品规格 | 产品型号 | 国产/进口 | 医疗器械注册证号或产品备案号 | 生产企业 | 品牌 | 计量单位 | 报价价格（元） | 其他采购医院名称 | 其他采购医院供货价格（元） |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

注：**1.此表格除放入申报文件加盖公章的扫描件电子版外，另需单独提供一份word格式电子版，不得合并单元格，否则报价无效；**

**2.“包号”严格按照《议价产品目录》复制，不得变动，否则报价无效；**

**3.“阳采流水号”、“医保编码”如有，则正常填写，并附国家医保编码截图（包含“医保编码”等信息）或阳采平台截图（包含产品流水号价格等信息），如提供截图需将截图中申报产品的医保编码和阳采流水号做显著标注（包括但不限于加框或底纹标记）；如不涉及，则填写“/”即可。**

**4.“注册证产品名称、医疗器械注册证号或产品备案号、生产企业”严格按照实际产品注册证填写；**

**5.“计量单位”需按照《议价产品目录》复制，不得变动，否则报价无效；**

**6.“报价”按计量单位对应价格填写（请自行计算，保留小数点后两位）；**

**7.按照实际情况填入其他医院销售情况及价格，如有虚假，取消其议价资格。**

**8.产品目录中同一类别目录产品，供应商仅能申报单一品牌的产品，不得同时申报多个品牌参选。**

**9.产品报价不能高于该产品辽宁省阳采、集采平台价格；无相关平台价格的报价不能高于该产品辽宁省最低销售价格。如有虚假报价，一经核实所报价格高于现辽宁省最低销售价格，取消相关企业报名资格并列入医院黑名单。**

供应商名称（加盖单位公章）：

法定代表人（或非法人组织负责人）或其授权委托人(签字或盖章)：

日期：