### 附件2

1. **参与遴选的供应商资格条件：**
	1. 供应商必须是中华人民共和国境内注册的具有独立承担民事责任能力的法人或其他组织，并依法取得营业执照；
	2. 单位负责人为同一人或者存在控股、管理关系的不同单位，不得参加同一项目包磋商(供应商出具声明函)；
	3. 未被列入“信用中国”网站(www.creditchina.gov.cn)中“记录失信被执行人或重大税收违法案件当事人名单或政府采购严重违法失信行为”的记录名单；
	4. 具有履行合同所必需的设备和专业技术能力；
	5. 供应商只允许为独立法人或其它组织，本项目不接受联合体磋商。
2. **报名资质要求（PDF电子版按顺序排版，需加盖鲜章）**
	1. 报名声明函，详见下方（声明函附件）；
	2. 以制造商身份参与遴选的供应商时，应提供制造商有效 的营业执照，医疗器械生产许可证（制造商为医疗器械注册人、备案人在其住所或者生产地址销售其注册、备案的医疗器械，无需办理医疗器械经营许可或者备案，但应当符合规定的经营条件； 在其他场所贮存并销售医疗器械的，应当按照规定办理医疗器械 经营许可或者备案，报名资料中需提供医疗器械经营许可或者备 案，仅经销一类耗材无需经营许可或备案凭证。）；
	3. 第二类医疗器械注册证（如有附页同时提供）；
	4. 以代理商身份参加遴选的供应商，提供代理商营业执照， 医疗器械经营许可证或医疗器械经营备案凭证，同时提供已递交样品的制造商针对本次遴选的授权函原件；
	5. 本项目资料提交人应提交参与遴选供应商的法定代表人授权书（含身份证复印件）；
	6. 已递交样品的产品介绍彩页等产品介绍、产品说明书和标签样件复印件。
	7. 产品报价表（格式要求详见报价表附件）。
	8. 其他医院发票复印件及查验结果。
3. **遴选保证金：无需。**
4. **唱价与评审要求**
	1. 制造商、代理商授权代表均需持各自的法定代表人授权书参会，现场同时提交授权书。如制造商代表厂家不能参会，请出示授权书给经销商，需说明不能参会原因，并授权经销商全权代理决定产品价格（此授权书与报名时提交授权不同，应另出具， 需包含“授权经销商全权代理决定产品价格”的内容）。
	2. 产品报价表（格式要求详见报价表附件）；
	3. 需提供产品的发票复印件3张（广东省内三甲医院），开票时间不超过一年，提供发票查验平台（https://inv-veri.chinatax.gov.cn/）上的网络查验截图，若核查提供的发票复印件作废或不符合要求均自动取消报名资格；
	4. 报价表除了EXCEL电子版外，还需打印纸质版加盖公章，通过邮寄或现场递交到设备科耗材组办公室，其他资料压缩打包好扫描电子版，发送至设备中心邮箱。
	5. 供应商可带样品参会，并现场提交报价文件。
	6. 医院将只对确定为实质上响应遴选文件要求的报价文件进行评价和比较。如发现下列情况之一的，其报价文件将被认定无效：提供产品不符合遴选文件中所列需求；超出经营范围不具备资质的供应商或提供的各种资质文件不全的；报价文件资料不齐全的。
	7. 医院有权在确定成交供应商前按照有关法规拒绝任何或 全部报价文件，对由此造成对供应商的影响医院不负任何责任。
	8. 报价原则：产品达到要求的基础上，每个产品最小单位报价不得高于广州市医用耗材采购交易平台和广东省药交平台最低价。供应商提供的所有样品，医院不予退还。成交供应商的样品，作为后期采购验收的依据。
	9. 本次遴选结束后，将在省采或市采平台完成后续采购或备案手续。

关于报名的声明函

**广州医科大学附属第四医院**：

关于贵院的供应商遴选公告，本签字人愿意报名参加。承诺本公司符合本项目资格要求，并保证提交的资质文件和相关资料是准确的和真实的，提供的产品符合贵院需求且质量合格。

法人代表签字：

单位名称（盖章）： 联系电话：

联系邮箱：

年 月 日