**附件2**

1. **院内谈判响应文件组成：**

响应文件按以下要求及顺序编制目录和对应页码装订成册，共8份（1正7副），资料不全或不按要求制作标书的视为无效。

1. 投标人资格证明文件

（1）营业执照副本复印件

（2）医疗器械生产企业许可证、医疗器械经营企业许可证复印件

（3）法人及法人授权代表身份证复印件

（4）法定代表人授权委托书原件、制造商或销售商代理授权书原件

（5）《医疗器械产品注册证》、注册登记表（如属医疗器械）

2. 所投产品配置清单，如涉及耗材，还必须要有耗材清单、中标情况及价格；

3. 所投产品详细技术参数、彩页（中文）；

4. 投标人近三年来与本次招标货物相同产品的用户名单及联系方式；

5. 售中、售后服务及相关培训服务承诺（医疗设备免费原厂质保期≥3年）；

6. 设备交付使用时间；

7. 医疗设备论证会信息收集表(见附件)。

**二、报价要求：**

1. 各家根据院方报价格式填写

2. 写明整体打包优惠价或优惠方案

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | |
| **设备论证会报价格式** | | | | |
| **设备名称** | **品牌型号** | **数量** | **单价** | **总价** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **整体打包优惠价：** | | | | |
|  |  |  |  | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **若涉及耗材使用请填写下表** | | | |
| **耗材名称** | **是否中标** | **中标价** | **优惠价** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

1. **采购方信息**

采购方：苏州市吴中人民医院

地　址：苏州市东吴北路61号

邮　编：215128

联系人：周一纯

电　话：0512-65686268

Email：308335773@qq.com