**调研报名资料**

**项目名称：消毒灭菌服务代理供应商**

**调研编号：XMDY2023185**

**供应商名称： （盖单位公章）**

**2023年 月 日**

目录

[一、供应商资格证明材料 1](#_Toc16589)

[1.1 供应商营业执照 1](#_Toc22117)

[1.2 法定代表人身份证明 2](#_Toc32373)

[1.3 法定代表人授权委托书 3](#_Toc493)

[1.4 医疗机构执业许可证 4](#_Toc8699)

[1.5 承诺函（供应商对所提供的消毒供应服务的质量管理应按中华人民共和国卫生行业标准之医院消毒供应中心标准（即WS310.1-2016；WS310.2-2016 和 WS310.3-2016）的要求提供文字记录和质量控制数据，每月备份交院方存档。若出现因供应商服务不到位或管理质量不符合要求，造成的所有医院损失，由供应商全部负责。） 5](#_Toc10782)

[1.6 人员资质：供应商配备的专业人员，如执业护士、特种设备持证上岗人员等。需提供相关有效期内证书及递交调研资料文件为止最近3个月任意一个月的在单位购买社保的证明等证明材料（加盖公章）。 6](#_Toc25022)

[1.7 参加本次采购活动前3年内在经营活动中没有重大违法记录的书面声明（加盖公章） 7](#_Toc28662)

[1.8 不少于2个同类项目服务业绩证明及业绩服务满意度和质量评审。 8](#_Toc30322)

[1.9 服务方案 9](#_Toc7748)

[二、分项报价表 10](#_Toc18671)

一、供应商资格证明材料

## 1.1 供应商营业执照

## 1.2 法定代表人身份证明

汕头大学·香港中文大学联合汕头国际眼科中心：

现任我单位 职务，为法定代表人（负责人），特此证明。

代表人性别：

身份证号码：

公司注册号码：

企业类型：

经营范围：

公司地址：

成立时间： 经营期限：

法定代表人身份证复印件(需同时提供正面及背面)或其他有效身份证明材料关键页复印件（如护照）。

身份证粘贴区

供应商： （盖单位公章）

日 期：

## 1.3 法定代表人授权委托书

致：汕头大学·香港中文大学联合汕头国际眼科中心

兹授权 为我方委托代理人，代表我单位处理一切与我单位参加贵院本项目中报名、与需求方谈判、签署及执行项目要求等一切有关事务。

授权时间： 年 月 日至 年 月 日

附：被授权代表情况：

姓名： 性别：

身份证号： 职务：

电话： 邮编：

通讯地址：

邮箱地址：

※附：委托代理人身份证复印件(需同时提供正面及背面)或其他有效身份证明材料关键页复印件（如护照）

身份证粘贴区

法定代表人：（签名）

被授权人：（签名）

供应商：（盖章）

日期：

## 1.4 医疗机构执业许可证

## 1.5 承诺函（供应商对所提供的消毒供应服务的质量管理应按中华人民共和国卫生行业标准之医院消毒供应中心标准（即WS310.1-2016；WS310.2-2016 和 WS310.3-2016）的要求提供文字记录和质量控制数据，每月备份交院方存档。若出现因供应商服务不到位或管理质量不符合要求，造成的所有医院损失，由供应商全部负责。）

## 1.6 人员资质：供应商配备的专业人员，如执业护士、特种设备持证上岗人员等。需提供相关有效期内证书及递交调研资料文件为止最近3个月任意一个月的在单位购买社保的证明等证明材料（加盖公章）。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 姓名 | 学历 | 在职岗位 | 执业证书或职称 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

## 1.7 参加本次采购活动前3年内在经营活动中没有重大违法记录的书面声明（加盖公章）

## 1.8 不少于2个同类项目服务业绩证明及业绩服务满意度和质量评审。

## 1.9 服务方案

二、分项报价表

项目名称：消毒灭菌服务代理供应商

供应商名称：

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 分项 | 数量 | 单位 | 分项报价（元） | 备注 |
| 1 | 单把器械消毒灭菌服务 | 1 | 把 |  | 包装+灭菌 |
| 2 | 常规高温灭菌手术器械 | ≥3 | 把 |  | 3把器械起包 |
| 3 | 湿化瓶/洗眼壶 | 1 | 个 |  | 仅消毒不灭菌 |
| 4 | 敷料 | 1 | 包 |  | 不超过5公斤 |
| 5 | 过氧化氢低温灭菌 | 1 | 包 |  | 不超过7公斤 |
| 6 | 止血带 | 1 | 根 |  | 仅消毒不灭菌 |
| 7 | 加急服务费 | 1 | 次 |  | / |

供应商（单位公章）：

日期： 年 月 日

注：1.供应商在此表中漏报、少报的费用，均视为已隐含在报价中，采购方无须再向供应商支付报价之外的任何费用。

2.供应商负责对手术器械的初洗、酶洗、消毒、保养、检查、包装、灭 菌全程处理。

3.包含包装材料(双层医用无纺布或医用纸塑袋)

4.包含指示胶带、包内化学指示卡。

5.包装+灭菌有效期限180天。

6.分项报价中，若供应商对各个项目的规格（面积、体积、容量、重量、长度）有做细分类，导致价格有差异，供应商须自行填写并备注清楚。