|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **河南省直第三人民医院**  **医疗设备报名表**  设备名称： 品牌： 型号： | | | | | |
| **投标商信息：** | | | | | |
| 投标单位名称 |  | | 营业执照编号 | |  |
| 企业性质（√） | 1. 外资 ⒉合资 ⒊国企 ⒋民营 | | 法人代表 | |  |
| 成立日期 |  | | 营业期限 | |  |
| 投标单位  基本情况 | 投标单位地址： | | | | |
| 注册资金： （万元） | | | | |
| **制造商信息：** | | | | | |
| 制造商名称  及 国 别 | 产品制造商 |  | | | |
| 一级代理商 |  | | | |
| 资产情况  （单位：万元） | 注册资本 | |  | | |
| 总资产（截至2020年12月） | |  | | |
| 固定资产净值（截至2020年12月） | |  | | |
| 资信评级 | 资信等级 | |  | | |
| 评审单位 | |  | | |
| 评审时间 |  | 有效期至 | |  |
| 质量体系及  产品品质认证  （请逐项填写） | **证 书 名 称** | | **证 书 号 码** | | **起 止 时 间** |
|  | |  | |  |
|  | |  | |  |
|  | |  | |  |
|  | |  | |  |
| 外省企业本地售后服务机构设置 | 机构地址 |  | | | |
| 机构类别（√） | 1. 分公司 b.办事处 | | | |
| 人员配备（人） | 1. 技术人员 人； b.管理人员 人； c.其他人员 人； | | | |
| 项目负责人及  联 系 方 式 | 负责人姓名 |  | 电话 |  | |
| 手 机 |  | 传真 |  | |
| 电子邮箱 |  | QQ号码 |  | |
| 投标单位法人  签字（或盖章） |  | | | | |
| 投标单位盖章 | 日期： 年 月 日 | | | | |

**填表说明**

1. 标题横线处填写设备名称，若报名多个项目，请分页填写，一页一项目。
2. 表格内容分两部分，一部分为报名商信息（无底色部分），另一部分为制造商信息（有底色部分），请分类填报。无论是代理商代理报名还是制造商直接报名，两部分内容均需填写。
3. 资信评级：本条款适用于产品制造商，指资信评估机构对企业资产状况、履约承诺能力和信誉度进行的评级。
4. 质量体系及产品品质认证：本条款适合于产品制造商，包括国际或国内相关机构颁发的质量体系及产品品质认证证书，如：ISO质量体系认证、FDA、CE、3C等。
5. 售后服务情况：填写制造商在本省设立的分公司、办事处及售后服务力量配备情况。
6. 本表必须由公司法人代表签字并加盖公司印章才能有效。
7. 厂商须如实填写《报名表》，我们将在采购前对表格内容进行核实，一旦发现有不实内容，将取消其资格。