**宁南县人民医院2025年医用耗材配送供应商遴选项目**

**产品调研信息表**

**公司名称：（鲜章） 统计时间： 年 月 日**

|  |  |
| --- | --- |
| **医用耗材名称** |  |

**一、报名参与调研产品情况：**

|  |  |
| --- | --- |
| **推荐产品名称** |  |
| **规格及型号** |  |
| **注册证号** |  |
| **生产厂家** |  |
| **厂家销售人员姓名及联系电话** |  |

**二、产品相关资质：以下材料按顺序扫描成PDF文档。**

产品资质：

（1）医用耗材三证：医疗器械注册证，医疗器械生产许可证，营业执照等及其附页，或备案凭证及备案信息表；

（2）产品彩页。

（3）进口产品需要厂家给代理商的授权书（授权书要可追溯至厂家）；

（4）报价人员授权资料：被授权人最近三个月在报价的供应商缴交社保的有效证明和法人授权书（含法人及被授权人身份证复印件）；

**三、市场占有及销售记录：**

1.提供海南或广东省三甲医院客户名单或全国知名医院用户，相关能证明拟报名品牌产品市场占有率的文件（例如用户名单，需要有联系电话可确认的）。

2.提供其它不少于3家三甲医院成交记录（海南或广东省三甲医院优先），需要提供**合同复印件或发票复印件或中标通知书**或进关单复印件证明。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **医院名称** | **耗材名称** | **规格型号** | **单位** | **成交单价**（元） | **成交时间** |
| **1** |  |  |  |  |  |  |
| **2** |  |  |  |  |  |  |
| **3** |  |  |  |  |  |  |

**本公司郑重承诺，我公司所提交的上述资料均真实有效，如有虚假，将依法承担相应责任。**

 **公司（盖章）：**

 **被授权人签字：**

 **日期： 年 月 日**