附件1：

**英德市人民医院医用耗材供应商项目报名表**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **供应商名称** | |  | |
| **项目名称** | |  | |
| **类别** | **序号** | **资料名称** | **页码** |
|  | **1** | 医用耗材项目报价表(附件2） |  |
| **供应商证件** | **2** | 营业执照（三证合一） |  |
| **3** | 医疗器械经营许可证  第二类医疗器经营备案凭证（如有请提供） |  |
| **4** | 企业法人给业务员的委托授权书，企业法人及业务员的身份证复印件（注明有效期） |  |
| **生产厂家（进口总代）证件** | **5** | 医疗器械备案凭证/医疗器械备案信息表（一类产品）；  医疗器械注册证、注册证登记表（二、三类产品） |  |
| **6** | 营业执照（三证合一） |  |
| **7** | 国产：医疗器械生产许可证/医疗器械生产产品登记表 进口：医疗器械经营许可证/第二类医疗器械经营备案凭证 |  |
| **8** | 产品销售授权书（注明有效期，保证一年以上） |  |
| **其它** | **9** | 销售给其它三家医院的发票复印件（同一品牌、同一型号） |  |
| **10** | 其它资料 |  |

供应商盖章： 年 月 日

**备注:1、所有证件必须加盖公章，资料真实有效 2、资料按顺序排列装订**