**元江县中医医院2024年医疗设备采购计划专项**

**医药代表接待日活动推荐资料**

**（ 项）**

**推荐资料汇编**

推荐人: (盖公章)

法定代表人或其委托代理人: (签名)

联系电话：

日期: 年 月 日

### （一）推荐产品明细表

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 产品名称 | 品牌 | 型号 | 进口/国产 | 单位 | 市场价（万元） | 备注 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

推荐人: (盖公章)

法定代表人或其委托代理人: (签名)

日期: 年 月 日

### （二）法定代表人身份证明书

投标人： ；

单位性质： ；

地址： ；

成立时间： 年 月 日

经营期限： ；

姓名： 性别： 年龄： 职务： ；

系 （投标人名称）的法定代表人。

特此证明。

附：法定代表人有效身份证正面、背面扫描件

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 居民身份证正面 |  | 居民身份证背面 |

投标人： （盖公章）

日期： 年 月 日

### （三）法定代表人授权委托书

本授权委托书声明：我 (姓名)系 (投标人名称)的法定代表人，现授权委托我单位的 (姓名)为我公司合法代理人，以公司名义参加 **元江县中医医院2024年医疗设备采购计划专项医药代表接待日** 活动。代理人在活动方案过程中所签署的一切文件和处理与之有关的一切事务，我均予以承认。

代理人： ；

性别： ；

年龄： ；

部门： ；

职务： ；

代理人无转委权，特此委托。

附：委托代理人有效身份证正面、背面扫描件

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 居民身份证正面 |  | 居民身份证背面 |

投标人： （盖公章）

法定代表人： （签名）

日期： 年 月 日

## **（四）医药代表反商业贿赂承诺书**

为规范药品、医疗器械经营市场秩序,维护公平竞争的良好发展环境，维护人民群众的根本利益，我向元江县中医医院郑重承诺如下:

一、坚决反对和抵制商业贿赂，严格依照《药品管理法》、《执业医师法》、《医疗机构管理条例》、《医疗机构工作人员廉洁从业九项准则》、《关于加强医疗卫生机构统方管理的规定》国卫纠发〔2014〕1号、《医药代表备案管理办法（试行）》及相关法律、法规的规定，合法经营，进行正当的商业交往。

二、在药品、医疗器械推荐过程中，不以各种名义给予医院工作人员回扣、提成等违法行为。

三、在医疗器械批发、零售、宣传、参加医疗器械投标过程中，不采取不正当手段获取商业机会或商业利益。

四、不向医院工作人员馈赠礼物、现金、有价证券及安排宴请、娱乐、旅游等活动。

五、采取有效措施，树立诚实守信、遵纪守法、公平竞争的职业道德风尚。

承诺人（手印）： （签名按手印）

日期： 年 月 日

**（五）公司资质**

推荐企业营业执照、医疗器械生产/经营许可证、经营备案凭证等（加盖公章）

**（六）医疗设备产品信息表（加盖公章）**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 设备名称 |  | | | | | | | 型号 |  | |
| 生产企业 |  | | | | | | | 单位 |  | |
| 国产□ 进口□ | | 创收设备□ 非创收设备□ | | | | 有耗材（试剂）消耗□ 无耗材（试剂）消耗□ | | | | |
| 耗材（试剂）费用（元/人次） | | | |  | | 耗材（试剂）开放□ 耗材（试剂）不开放□ | | | | |
| 设备使用年限（与说明书或标签一致） | | | | |  | | 市场价（万元） | |  | |
| 云南省收费项目名称 | | | 收费编码 | | 收费标准 | | 医保报销情况 | | 医保编码 | |
|  | | |  | |  | | 是□ 否□ | |  | |
|  | | |  | |  | | 是□ 否□ | |  | |
|  | | |  | |  | | 是□ 否□ | |  | |
|  | | |  | |  | | 是□ 否□ | |  | |
| 同型号设备周边医院配置情况（列举1-2家二级以上医院） | | |  | | | | | | | |
| 设备用途（治疗性设备填写适应症、检查类设备填写检查项目）： | | | | | | | | | | |
| 设备治疗原理（治疗性设备填写）： | | | | | | | | | | |
| 主要技术参数： | | | | | | | | | |
| 主要配置清单： | | | | | | | | | |
| 产品优势： | | | | | | | | | |

**（七）产品资料**

生产企业营业执照、医疗器械生产/经营许可证、产品注册证、产品参数、配置清单、云南省公立医院客户名单（同品牌型号）、产品整体外观彩色照片、产品标签彩色照片、推荐PPT（纸质版）。

**（八）其他产品资料**

推荐PPT（电子版）、产品说明书（电子版）。