**温州医科大学附属眼视光医院**

**低密度聚乙烯阻菌药用滴眼剂瓶**

单一来源采购文件

项目编号：HH-WZEYE-202006DY

**温州医科大学附属眼视光医院**

**海虹医药电子交易中心有限公司**

**二零二零年九月**

目 录

第一章 采购公告

第二章 供应商须知

一、总则

二、采购文件

三、响应文件的编制

第三章 采购内容和需求

第四章 主要合同条款

第五章 响应文件格式

第一章 采购公告

海虹医药电子交易中心有限公司受温州医科大学附属眼视光医院委托，就低密度聚乙烯阻菌药用滴眼剂瓶项目进行单一来源采购，邀请贵公司前来参加谈判。

1. 项目编号：HH-WZEYE-202006DY
2. 采购项目名称：低密度聚乙烯阻菌药用滴眼剂瓶

三.采购方式：单一来源采购

四.项目概况：

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 标项内容 | 预估采购数量 | 预算金额 | 简要技术  要求、用途 | 备注 |
| 低密度聚乙烯阻菌药用滴眼剂瓶 | 50万套/ 年 | 395万元/年 | 用于低浓度阿托品滴眼剂的直接接触，低密度聚乙烯材质，要求阻菌功能特点。 | 允许进口 |
| 被邀请供应商名称：阿普塔（中国）投资有限公司 | | | | |

项目周期：本项目药用滴眼剂瓶为药包材类采购项目，故以采购人实际采购数量为准，拟计划采购周期为3年，即合同期为3年。

五.标书售价：不收取

六.采购响应文件递交截止时间：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_（北京时间）

七.采购响应文件递交地址：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

八.协商时间：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_（北京时间）

九.协商地址：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

十.其他事项：

1. 供应商认为单一来源采购文件、采购过程和成交结果使自己的权益受到损害的，可以在知道或者应知其权益受到损害之日起七个工作日内，以书面形式向采购组织机构或采购人提出质疑。

供应商应知其权益受到损害之日，是指：

（1）对可以质疑的采购文件提出质疑的，为收到采购文件之日。收到采购文件之日起至响应截止时间止不足七个工作日的，应当在响应截止时间前提出。

（2）对采购过程提出质疑的，为各采购程序环节结束之日。

（3）对成交结果提出质疑的，为成交结果公告期限届满之日。

2.采购人名称：温州医科大学附属眼视光医院

联系人：金老师

联系电话：0577-88068884

传真：0577-88068846

地址：温州市学院西路270号，2号楼2004室

3.代理机构名称：海虹医药电子交易中心有限公司

联系人：郑先生

联系电话：0577-88980211

传真：0577-88890755

地址：温州市鹿城区车站大道473号天和大厦A1901室

4.监督部门：温州医科大学附属眼视光医院监察处

联系电话：0577-88075599

温州医科大学附属眼视光医院

海虹医药电子交易中心有限公司

**2020年 月 日**

第二章 供应商须知

**（一）法规及文件解释**

1.1 本次采购组织工作是按照温州医科大学附属眼视光医院采购制度等有关法律、法规、规章、文件的规定组织和实施。

1.2 本《单一来源采购文件》适用于温州医科大学附属眼视光医院低密度聚乙烯阻菌药用滴眼剂瓶单一来源采购的采购、协商、定标、合同履约、验收、付款等（法律、法规另有规定的，从其规定）。

1.3 供应商如对采购文件有异议，应当在递交采购响应文件截止时间 3 个工作日前书面向采购代理机构提出，采购代理机构在递交采购响应文件截止时间前 1 个工作日内统一进行澄清和修改，并书面通知所有采购文件收受人。逾期提出的可不予受理、答复。

1.4 不论采购代理机构向供应商发送的资料文件，还是供应商提出的问题，均采用书面形式，任何口头提问及答复一律无效。

1.5 供应商一旦参与到本次采购中，即被视为接受了本次采购文件的所有内容，如有异议，均已在答疑截止时间前提出。

1.6 本采购文件及相应的补充文件、通知等解释权归温州医科大学附属眼视光医院与海虹医药电子交易中心有限公司所有。

**（二）拟成交供应商**

**2.1 拟成交供应商：**阿普塔（中国）投资有限公司

**（三）其他要求**

3.1 无论采购流程和结果如何，供应商自行承担采购活动中所发生的全部费用。

3.2 合同实施过程中，成交人须与采购人积极配合。成交人自行承担本次采购活动中所发生的全部费用。

3.3 采购代理服务费

1、本项目代理服务费2万元，由成交人支付。

2、代理服务费支付：

① 代理服务费缴纳形式：现金或银行转账

② 代理服务费汇入以下账户 ：

收款单位（户名）：海虹医药电子交易中心有限公司浙江分公司

开户银行：招商银行杭州分行

银行账号：5719 0504 8910 701

3、增值税发票开票资料：单位名称、税号（统一社会信用代码）、开户行名称、账号、地址及联系电话。

**（四）定义**

4.1 采购人：系指温州医科大学附属眼视光医院。

4.2 供应商：系指参与本次报价的拟成交供应商。

4.3 采购代理机构：海虹医药电子交易中心有限公司。

4.4《采购文件》：系指本文件。

4.5《采购响应文件》：系指拟成交供应商参与本次采购活动所提供的书面资料。

**（五）协商委托**

供应商代表参加协商活动时应当携带有效身份证件。如供应商代表不是法定代表人，响应文件应当提供法定代表人出具的授权委托书（正本用原件，副本用复印件，格式见第六章）。

**（六）特别说明：**

▲1、供应商所提供的所有产品必须取得国家药品监督管理局药品评审中心药包材备案登记号。

2、供应商应提供全新的、未使用过的，符合国家相关法规及质量标准的，与采购人需求相适应的产品。

3.由于成交供应商提供的质量问题、伪劣、假冒等所有不合格产品而导致的损失、事故及一切后果，均由成交供应商负责及赔偿采购人所有损失，并负责更换所有不合格产品。提供承诺书加盖公章。

**（七）质疑和投诉**

1.供应商认为采购文件、采购过程或成交结果使自己的合法权益受到损害的，应当在知道或者应知其权益受到损害之日起七个工作日内，以书面形式向采购人、采购代理机构提出质疑。供应商对采购单位的质疑答复不满意或者采购单位未在规定时间内作出答复的，可以在答复期满后十五个工作日内向监管部门投诉。

2.质疑、投诉应当采用书面形式，质疑书、投诉书均应明确阐述采购文件、采购过程或成交结果中使自己合法权益受到损害的实质性内容，提供相关事实、依据和证据及其来源或线索，便于有关单位调查、答复和处理。

**二、采购文件**

**（一）采购文件的构成。本采购文件由以下部份组成：**

1.采购公告

2.供应商须知

3.采购需求

4.合同主要条款

5.响应文件格式

**（二）供应商的风险**

供应商没有按照采购文件要求提供全部资料，或者供应商没有对采购文件在各方面作出实质性响应是供应商的风险

**三、响应文件的编制**

**（一）响应文件的组成**

（1）协商响应函（格式见第五章）；

（2）法定代表人授权委托书(格式见第五章)；

（3）报价一览表（格式见第五章）；

（4）供应商针对报价需要说明的其他文件和说明（格式自拟）；

（5）营业执照副本复印件等；

（6）供应商情况介绍；

（7）商务响应表（格式见第五章）；

（8）服务方案；

（9）技术响应表（格式见第五章）；

（10）服务项目清单（格式见第五章）；

（11）项目实施人员一览表；

（12）国家药品监督管理局药品审评中心查询页面截图；

（13）货物样品若干；

（14）供应商认为需要提供的其他文件和资料。

**（二）响应文件的语言及计量**

1.响应文件以及供应商与采购方就有关本次项目事宜的所有来往函电，均应以中文汉语书写。除签名、盖章、专用名称等特殊情形外，以中文汉语以外的文字表述的响应文件视同未提供。

2.响应计量单位，采购文件已有明确规定的，使用采购文件规定的计量单位；响应文件没有规定的，应采用中华人民共和国法定计量单位（货币单位：人民币元），否则视同未响应。

**（三）协商报价**

1.协商报价应按响应文件中相关附表格式填写。

2.协商报价是履行合同的最终价格，应包括货款、标准附件、备品备件、专用工具、包装、运输、装卸、保险、税金、货到就位以及安装、调试、培训、保修等一切税金和费用。

3.响应文件只允许有一个报价，有选择或有条件的报价将不予接受，其响应无效。

**（四）响应文件的有效期**

1.自响应截止日起 90 天响应文件应保持有效。有效期不足的响应文件将被视为无效。

2.在特殊情况下，采购人可与供应商协商延长响应文件的有效期，这种要求和答复均以书面形式进行。

3.供应商同意延长有效期但不能修改响应文件。

4.成交供应商的响应文件自协商之日起至合同履行完毕止均应保持有效。

**（五）响应文件的装订、签署和份数**

1. 供应商应按本采购文件规定的格式和顺序编制、装订响应文件并标注页码，响应文件内容不完整、编排混乱导致响应文件被误读、漏读或者查找不到相关内容的，是供应商的责任。

2.响应文件正本各1份，副本4 份。封面应注明“正本”、“副本”字样。

3.响应文件的正本需打印或用不褪色的墨水填写，副本为正本的复印件。

4.响应文件须由供应商在规定位置盖章并由法定代表人或法定代表人的授权委托人签署，供应商应写全称。

5.响应文件不得涂改，若有修改错漏处，须加盖单位公章或者法定代表人或授权委托人签字或盖章。响应文件因字迹潦草或表达不清所引起的后果由供应商负责。

**（六）响应文件的包装、递交、修改和撤回**

1.供应商应密封封装响应文件。响应文件的包装封面上应注明供应商名称、供应商地址、响应文件名称、项目名称、项目编号、标项及“在 年 月 日 时 分之前不得启封”字样，并加盖供应商公章。

2.供应商在响应截止时间之前，可以对已提交的响应文件进行修改或撤回，并书面通知采购代理机构；响应截止时间后，供应商不得撤回、修改响应文件。修改后重新递交的响应文件应当按本采购文件的要求签署、盖章和密封。

**四、协商**

**（一）接收响应文件**

1、采购代理机构按照采购文件规定的时间、地点接收响应文件。

**（二）协商程序**

1、在评审专家中推选评审小组组长。

2、评审小组组长召集成员认真阅读采购文件以及相关补充、澄清答复文件、项目书面说明等材料，熟悉采购项目的基本概况，采购项目的质量要求、数量、主要技术标准或服务需求，采购合同主要条款等。

3、评审小组与供应商商定合理的成交价格以及其他有关事项。因报价超过采购预算、响应不符合法律、法规规定的或其他原因导致协商失败的，作废标处理。

**五、合同授予**

**（一）签订合同**

1.采购人与成交供应商应当在《成交通知书》发出之日起30日内签订采购合同。

2.成交供应商拖延、拒签合同的，将被取消成交资格。

**（二）履约保证金：本项目不收取。**

第三章 采购内容及需求

**标项1低密度聚乙烯阻菌药用滴眼剂瓶采购内容及需求**

**一、技术要求**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 序号 | 技术参数 | 标书响应 |
| ▲1 | 装置应适合以阿托品为主要成分的药液的直接接触及装盛。 |  |
| 2 | 装置容积：7毫升。 |  |
| 3 | 装置的瓶身材质应为低密度聚乙烯。 |  |
| 4 | 装置的瓶身透明或半透明。 |  |
| 5 | 装置的滴头与瓶身的接口方式应为卡口式。 |  |
| ▲6 | 装置应具有阻菌功能，即瓶内药液在不添加防腐剂的情况下依然保持使用过程中无菌。 |  |
| 7 | 装置所使用的阻菌技术取得国外市场FDA准入认证，已经在上市药品使用，并提供证明文件。 |  |
| ▲8 | 装置应已取得国家药品监督管理局药品评审中心药包材备案登记号，附上药品评审中心药包材登记平台查询截图。 |  |

**二、商务需求：**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 序号 | 商务需求 | 标书响应 |
| ▲1 | 耗材数量仅为评标参考，不作为采购承诺，采购方根据实际需求分批采购。 |  |
| ▲2 | 供应商（或其指定配送商）在收到采购方订单之日起6个月内将相应货物通过快递方式或专人送达采购方指定地点，装卸运输产生的费用和采购方完成验收前的所有风险由供应商（或其指定配送商）承担。 |  |
| 3 | 报价方式：DDP医院。  该价格包含货物价格、运费（医院指定地点）、保险费、税收、代理服务费、技术培训费等所有费用。 |  |
| 4 | 响应及合同货币：人民币。 |  |
| ▲5 | 供应商提供给医院的装置必须为原厂包装完整、未使用过的。 |  |
| 6 | 供应商在响应时应提供装置的相关验收标准，供买方参考。 |  |
| 7 | 验收依据：按响应文件、采购文件及国家标准验收。 |  |
| 8 | 合同到期后，经双方协商同意，可续签合同，但最多不超过两次。 |  |

第四章 合同主要条款

合同编号：

**物资材料采购合同范本**

**需方：温州医科大学附属眼视光医院**

**供方：**

1. **经供需双方共同协商，供方向需方供应以下产品，并履行相应条款：**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **产品名称** | **规格型号** | **生产厂家** | **包装规格** | **单位** | **单价(RMB)** | **数量/年** | **合同总价/年** |
|  |  |  |  | 套 | 元 |  |  |

本条所述合同价已包括购买本合同产品价格（含税）及其仓储、运送、安装、技术培训指导、随机工具等费用。除此之外，需方无义务再向供方支付任何额外费用。

1. **货物质量标准及要求：**供方保证以上产品均为厂家原装出品，同时供方所提供的所有产品质量必须符合有关国家标准、行业标准及厂家的相关验收标准。

**三、交（提）货地点：**浙江省温州市龙湾区永中街道罗东北街100号眼谷超级眼视光医院，联系人：蔡永豪，联系电话：13857746636。

**四、运输方式及到货时间和费用负担：**

**1、首批供货：**供方在合同签订之日起6个月内将25万套合同约定货物通过快递方式或专人送达需方指定地点，装卸运输产生的费用由供方承担。为避免疑义，货物交付给需方前，该批货物的损毁、灭失等所有风险由供方承担；货物完成交付后，毁损、灭失的风险由需方承担（该批交付不以需方完成验收为前提）。

**2、后续供货：**供方在收到需方订单之日起6个月内将相应货物按需方要求的数量和规格通过快递方式或专人送达需方指定地点，装卸运输产生的费用由供方承担。此外，货物交付给需方前该批货物的损毁、灭失等所有风险由供方承担；货物完成交付后，毁损、灭失的风险由需方承担（该批交付不以需方完成验收为前提）。

**五、货物验收：**需方根据厂家提供的合格验收标准及本合同约定的规格型号、生产厂家、数量、质量等标准进行验收，同时供方应向需方出具符合标准的“发货清单”。需方一般应在收到货物起15日内完成验收工作，根据具体验收合格数量要求供方开具发票，发票开具金额需结合双方约定的付款方式。如产品不符合需方要求，需方应当在15日内提出书面异议，供方在收到需方合理异议之日起5个工作日内按照需方要求无条件进行退换货处理，由此造成的费用由供方负担。

（一）验收标准包括但不限于以下要求：

1、货物应使用原厂包装，包装外观完整无破损。

2、产品外包装上应注明中文标识：产品名称、规格型号、产品批号、有效期、生产厂商、供货单位；有灭菌批号的，增加灭菌批号。

（二）对一切不符合验收标准的货物，需方有权拒收。供方应及时更换被拒收的产品,不得影响需方的有效使用。

**六、付款方式及期限：**采购周期内供方按需方订单量进行供货，根据需方实际验收合格货物数量，由供方开具货物发票。需方在收到发票后30天内将货款汇至供方指定的账户。若异议期内出现退换货情形，以退换货的最终到货时间重新计算付款时间。

**七、违约责任**

1、如有货物质量问题，供方应该免费更换货物，并承担由于产品质量问题而引起的全部责任。为免疑义，供方仅对货物本身负责，且供方的责任也仅限于货物本身；在任何情况下，供方因供应货物所承担的责任均不超过该批次所供应货物的价值。若超过3次发生货物质量问题或货物性能不稳定，需方有权单方面终止该合同。

1. 在需方订货之前，供方必须提供所有货物及经营货物必须的证明资料，加盖供方的公章后提供给需方；同时，供方在合作期内应保证其资质材料应为有效文件，并主动提供最新证件及材料；否则，在需方提出整改要求后，供方在10个工作日内，仍不提供的，需方有权终止该合同。
2. 如在合作期间，需方有理由认为供方存在信用、诚信方面的嫌疑，在需方提供合理书面说明后，需方有权单方暂停或终止该合同。

**八、免责条款：**

1. 因不可抗力而导致合同实施延误或不能履行义务的，可免除相应的责任，但是应当立即通知对方，因延误通知给对方造成的损失应当承担赔偿责任。不可抗拒因素消除后，双方应当立即依合同履行义务。
2. 不可抗力，是指那些无法控制、不可预见的事件，但不包括供需双方的违约或疏忽。这些事件包括但不限于：战争、严重火灾、洪水、台风、疫情、地震及其它双方商定的事件。

**九、廉政条款：**

双方在整个的采购活动中，坚持公开、公正、诚信、透明的原则，共同遵守国家有关的廉政规定，不得损害国家和集体利益。

**十、争议的解决**

合同执行过程中出现争议的，由双方协商解决。协商不成的，双方约定由需方所在地（温州）鹿城区人民法院管辖。

**十一、合同有效期**

双方盖章签字之日起生效，合同有效期原则上为签订之日起3年（必要时延续至下一次招标采购）。在合作期间，任何一方不得擅自修改或终止合同，任何修改或终止需征得另一方同意，本合同另有约定的除外。

**十二、其他**

1、在合作过程中出现本合同未尽事宜的，由供需双方共同友好协商解决并签署相应书面补充协议。

2、本合同项下供方向需方所供应任何货物的知识产权归供方和/或其关联公司所有，需方仅在相关货物交付后根据本合同的约定拥有该等货物的所有权和为使用该等货物所需的该等货物所附知识产权的使用权。除外之外，需方不得通过任何其他方式使用供方任何形式的知识产权。

3、本合同一式贰份，供方一份，需方一份。

|  |  |
| --- | --- |
| **需方：温州医科大学附属眼视光医院**  **（盖章）**  地址：温州市学院西路270号  电话：0577-88068846  代表签字：  账号：33001623535059500077  开户行：建行温州市分行营业部  税号：123303007743926187    签订时间： 年 月 日 | **供方：**  **（盖章）:**  地址：  电话：  代表签字:  账号：  开户行：  税号： |

**廉洁协议书**

——购销合同附件

甲方：温州医科大学附属眼视光医院

乙方：

为加强医药购销中廉政建设和行风建设，进一步规范医药购销行为，抵制商业贿赂，预防职务犯罪，从源头上制止腐败现象和不正之风的产生，维护公正、公平，维护患者和甲乙双方的合法权益，甲方与乙方在签订业务购销合同时，特签订廉洁协议书（购销合同附件）。

第一条：甲乙双方的责任

甲乙双方都应认真遵守国家廉政从业法律、法规和规章制度，认真做好药品、卫生材料、医疗器械购销工作。

一、甲方的责任

（一）甲方不准以任何借口向乙方索要现金、有价证券、开单费、回扣、提成等，不得擅自就采购项目进行私下商谈，不得透露有关招投标内控信息等商业秘密。

（二）甲方所购医药、卫生材料、医疗器械必须实价开票、账务结票。甲方在医药、卫生材料、医疗器械采购中不采用折扣和账外账等方式向经销单位获取不正当费用，但乙方必须根据市场情况以最优惠价向甲方提供有关用品。

二、乙方的责任

（一）乙方提供给甲方的产品必须符合国家质量标准，及时配送，如发现质量不符合规定要求者，将立即停用，扣发该货款，并追究有关责任。为免疑义，乙方仅对货物本身负责，且乙方的责任也仅限于货物本身；在任何情况下，乙方因供应货物所承担的责任均不超过相应批次所供应货物的价值。

（二）进入甲方的乙方产品一律由甲方相关部门统一管理，统一采供。乙方不得将医药、卫生材料、医疗器械直接委托临床医生进行销售，不得到医务人员及采购人员的家中洽谈业务，不得到科室或病区等私下向医务人员进行任何形式的促销活动，不得以任何形式给医务人员进行任何形式的促销活动。

（三）乙方不得擅自到科室推销产品，乙方的新产品如需宣传推广工作，可通过医院相关职能部门统一公开组织，不准乙方及其代表在科室及病区进行其产品宣传和临床促销活动，干扰正常诊疗工作秩序。

第二条：对责任人的处理：

一、甲方工作人员如违反本协议，利用职务之便开方提成，利用职权向乙方索要红包、礼金、回扣等行为的，乙方须向甲方纪检监察部门反映，一经查实，甲方将依法依规严肃处理，并严格为举报者保密。情节严重者，依照有关规定给予党纪、政纪处分或组织处理；构成犯罪的，移交有关部门依法追究刑事责任。

二、乙方工作人员有违反本协议的，一经查实，甲方将立即停止与乙方的一切业务往来，并列入本院商业贿赂“黑名单”；对列入“黑名单”的生产经营企业，医院2年之内将不再与其签订任何购销合同。按照管理权限上报追究责任；凡因产品质量问题造成甲方及患者利益受损的，乙方负全部责任并赔偿甲方及患者全部经济损失及承担相应民事责任，甲方中止与乙方的业务关系，情节严重者，甲方有权向司法机关移交（如适用）。

第三条：本协议与合同同样具有法律效力，经双方签署后立即生效。

第四条：本协议的有效期为双方签署之日起至乙方产品完全退出甲方临床使用周期为止。

第五条：本责任书一式二份，甲方一份、乙方一份。

|  |  |
| --- | --- |
| 甲方：（公章） | 乙方：（公章） |
| 授权代表： | 业务代表： |
| 签订日期： 年 月 日 |  |

第五章　响应文件格式

**1.** **响应文件的外包装封面格式**

**单一来源采购响应文件**

项目名称：

项目编号：

采购单位：

代理机构：

供应商名称：

供应商地址：

在 年 月 日 时 分之前不得启封

年 月 日

**2.** **响应文件封面格式**

**正本/副本**

**单一来源采购响应文件**

项目名称：

项目编号：

采购单位：

代理机构：

供应商名称：

供应商地址：

年 月 日

**3.协商响应函格式**

**协 商 响 应 函**

致：温州医科大学附属眼视光医院、 海虹医药电子交易中心有限公司：

（供应商名称）系中华人民共和国合法企业，经营地址 。

根据贵方为 项目的采购公告（项目编号： ），签字代表 （全名）经正式授权并代表供应商\_\_\_\_\_\_\_ \_\_（供应商名称）提交单一来源采购响应文件正本一份、副本四份。据此函，签字代表宣布同意如下：

1.供应商已详细审查全部“采购文件”，包括修改文件、澄清（如有的话）以及全部参考资料和有关附件。

2.供应商在参加协商之前已经与贵方进行了充分的沟通，完全理解并接受采购文件的各项规定和要求，对采购文件的合理性、合法性不再有异议。

3.本响应文件有效期自协商日起 90日。

4.如成交，本响应文件至本项目合同履行完毕止均保持有效，本供应商将按“采购文件”及政府采购法律、法规的规定履行合同责任和义务。

5.供应商同意按照贵方要求提供与单一来源有关的一切数据或资料。

6.与本此采购有关的一切正式往来信函请寄：：

地址： 邮编： 电话：

传真：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_供应商代表姓名 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 职务：

供应商名称（公章）：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

开户银行： 银行帐号：

法定代表人或授权委托人签字：

日期： 年 月 日

**4.法定代表人授权委托书格式**

**法定代表人授权委托书**

致： ：

我 （姓名）系 （供应商名称）的法定代表人，现授权委托本单位在职职工 （姓名）以我方的名义参加 温州医科大学附属眼视光医院 项目的单一来源采购活动，代表我方全权办理针对上述项目的协商、签约等具体事务和签署相关文件。

我方对被授权人的签名事项负全部责任。

在撤销授权的书面通知以前，本授权书一直有效。被授权人在授权书有效期内签署的所有文件不因授权的撤销而失效。

被授权人无转委托权，特此委托。

被授权人签名： 法定代表人签名：

职务： 职务：

被授权人身份证号码：

（附被授权人身份证正反双面复印件）

供应商公章：

年 月 日

**5.响应货物一览表**

**响应货物一览表**

**项目编号： 项目名称：**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 货物名称 | 生产企业 | 规格型号 | 药审中心登记号 | 备注 |
| 1 |  |  |  |  |  |

**注：1、上表内容应与报价文件中的《开标一览表》一致；**

**2、必须填写详细，填写信息需符合**国家药品监督管理局药品评审中心药包材备案登记内容**。**

**法定代表人或授权代表（签字或盖章）：**

**供应商名称（盖章）：**

**日期： 年 月 日**

**6.技术响应表格式**

**技术响应表**

**项目编号： 项目名称：**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 采购文件要求 | 响应文件响应 | 偏离情况 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  | ... |  |  |

注：

* 1. 供应商应根据设备的性能指标、对照采购文件要求一一对应如实填写技术响应表，在“偏离情况”栏注明“正偏离”、“负偏离”或“无偏离”。未按要求填写的，有可能作负偏离处理。

法定代表人或授权委托人签名：

供应商盖章： 日 期：

**7.商务响应表格式**

**商务响应表**

**项目编号： 项目名称：**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 采购文件要求 | 响应文件响应 | 偏离情况 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

法定代表人或授权委托人签名：

供应商盖章： 日 期：

**8.项目实施人员一览表格式**

**项目实施人员一览表**

**项目编号： 项目名称：**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 | 职务 | 专业技术资格 | 证书编号 | 参加本单位工作时间 | 备注 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

注：在填写时，如本表格不适合供应商的实际情况，可根据本表格式自行划表填写。

法定代表人或授权委托人签名：

供应商盖章： 日 期：

**9.低密度聚乙烯阻菌药用滴眼剂瓶项目报价一览表**

报价一览表

项目编号： 项目名称：

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **供应商** | **货物生产企业** | **单价** | **总价** |
| **1** |  |  | **元/套** | **元** |
|

说明：1、报价一览表中报价均为**DDP医院**价格：包含货物价格、运费、保险费、税收、代理服务费、技术培训费等所有费用。

2、总价=单价\*50万套/ 年

法定代表人或授权代表（签字或盖章）：

供应商名称（盖章）：

日期： 年 月 日

**10.低密度聚乙烯阻菌药用滴眼剂瓶项目明细报价表**

明细报价表

项目编号： 项目名称：

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **货物名称** | **规格型号** | **货物生产企业** | **单位** | **单价** | **总价** |
| **1** |  |  |  |  | **元** | **元** |
| 2 |  |  |  |  |  |  |
| ··· |  |  |  |  |  |  |
| **合计** | | | **合计总价（小写）：**  **合计总价（大写） ：** | | | |

说明：1、报价一览表中报价均为**DDP医院**价格：包含货物价格、运费、保险费、税收、代理服务费、技术培训费等所有费用。

2、总价=单价\*50万套/ 年

法定代表人或授权代表（签字或盖章）：

供应商名称（盖章）：

日期： 年 月 日