附件2：资质文件（以下证件、资料每页须加盖公司公章）

格式1：封面（遴选文件用）

**衢州市柯城区人民医院**

**医用耗材遴选资质文件**

（序号： ）产品**：**\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*

**公司名称：**

**地址：**

**联系人：**

**联系电话：**

**邮箱：**

格式2：目录（遴选文件用）

**目录**

1. 供应商资质………………………………\*\*-\*\*页
2. 法人授权业务人员委托书………………\*\*-\*\*页
3. 生产企业资质……………………………\*\*-\*\*页
4. 产品注册证、登记表/制造表及附页……\*\*-\*\*页
5. 产品检测报告………………………………\*\*-\*\*页

**须知：**

**一、供应商资质：**

1、《营业执照》。

2、《医疗器械经营企业许可证》（经营许可范围与所投产品注册分类目录相符，否则无效）。

3、《医疗器械经营备案凭证》

4、《税务登记证》、《组织机构代码证》（如有）。

**二、法人代表授权业务人员委托书须提供原件，业务员身份证复印件。**

**三、生产企业资质：**

1、《营业执照》。

2、《医疗器械生产企业许可证》《医疗器械注册证》。

3、《税务登记证》、《组织机构代码证》（如有）。

4、消毒剂、消毒器械（含生物指示物、化学指示物、灭菌物品包装物）生产企业除以上证件还需提供：《消毒产品生产企业卫生许可证》、《卫生许可批件》或《卫生安全评价报告》及其附件。

5、生产企业经销代理授权书原件、复印件（授权方法人亲笔授权）（产品授权书）

**四、产品检测报告：**

1、近年国家食品药品监督管理局指定的医疗器械检测中心对产品抽查检测报告书复印件（产品要求检测的须提供）。

**五、信用查询记录：**

1、信用中国

2、中国政府采购网

格式3：法定代表人授权委托书（遴选文件用）

**法定代表人授权委托书**

**本授权书声明：**

注册于             （公司地址）          （公司名称）                     （法定代表人姓名、职务）代表本公司授权                 （被授权人的姓名、职务）为本公司的合法代理人，以本公司名义负责处理在衢州市柯城区人民医院耗材采购活动中相关谈判采购事务。

本授权书于  年 月 日签字生效，有效至  年   月   日，特此声明。

供应商法定代表人签字（签名或盖章）：

被授权人签字(亲笔）：

企业公章：

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |
| |  | | --- | | **法人代表**  **居民身份证复印件粘贴处**  （请加盖骑缝章） | |  |  | |  | | --- | | **被授权人**  **居民身份证复印件粘贴处**  （请加盖骑缝章） | |