**调研文件格式（封面）**

**资阳市雁江区妇幼保健计划生育服务中心**

**（项目名称）调研文件**

投标申请单位：（全称并加盖申请人单位公章）

推荐设备名称：

法定代表人： （盖章或签字）

联系人及联系方式：

2025年 月 日

设备清单

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 设备名称 | 数量单位 | 基本功能参数要求 | 备注 |
| 双目视力筛查仪 | 1台 | 1.适用人群范围：6个月以上婴儿、幼儿、儿童、青少年、成人。  2.工作模式：双眼同时测量、左/右眼单独测量。  3.测量内容：屈光筛査（近视、远视、散光）、斜视，瞳孔大小及瞳距、矫正视力；双眼视功能对称性分析：屈光参差，瞳孔大小不等、凝视不对称。并可筛弱视，控制弱视引起的风险。  4.矫正视力测量应包括裸眼、框架眼镜、隐形眼镜等。 |  |
| 超声骨密度测量仪 | 1台 | 1.超声骨密度仪无辐射、无创，相较于X射线骨密度仪，超声技术无电离辐射风险，适合婴幼儿及儿童群体。  2.设备检测速度快，可以自动生成报告。  3、可测量3月龄及以上婴儿、儿童骨密度。测量部位包括：桡骨、胫骨等 |  |
| 婴幼儿全自动身高体重精密检测仪 | 1台 | 适用于3岁以下婴幼儿测量身长和体重，称重范围至少在0-60kg，身长范围至少在30-105cm |  |
| 站立式身高测量仪 | 1台 | 测量站高范围至少在60-210cm，坐高范围至少在40-100cm |  |
| 站立式电子体重测量仪 | 1台 | 称重范围至少在0.2-150kg，电子显示屏 |  |

**报 名 函**

资阳市雁江区妇幼保健计划生育服务中心：

经研究，我方决定参加贵院 项目的采购调研及报价。为此，我方郑重声明以下内容，并负法律责任。

1、我方提交的所有报名资料真实合法有效。

2、我方将履行报名文件中规定的每一项要求，并按我方的承诺按期、保质、保量提供货物（服务）。

3、我方愿按《中华人民共和国民法典》履行自己的全部责任。

4、我方同意遵守贵院有关采购调研的各项规定。

报名人代表姓名、职务：

报名人单位全称（公章）

报名人代表签字：

地 址：

电 话：

邮 箱：

年 月 日

**资阳市雁江区妇幼保健计划生育服务中心采购前调研报价单**

报名公司名称：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 货物注册名称 | 品牌 | 规格型号 | 生产厂家 | 注册证号/备案号/其他 | 单位 | 数量 | 单价  （万元） | 最终单价  （万元） |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**注：**1、报价表中的价格应包括货物设计、材料、制造、包装、运输、装卸、保险、关税、增值税、仓储、商检、卫检、报关、输机、清关手续费、安装、调试、培训、质检、保修、其它伴随服务等所有费用。

2、此表最终单价现场填报。

法人或代表人签字 ：

供应商名称（盖章）：

日 期：

**承诺函**

资阳市雁江区妇幼保健计划生育服务中心：

（响应供应商名称）作为参加本次采购调研活动（项目： ）的响应人，现郑重承诺：

一、具备《中华人民共和国政府采购法》第二十二条第一款和本项目规定的条件：

（一）具有独立承担民事责任的能力；   
　　（二）具有良好的商业信誉和健全的财务会计制度；   
　　（三）具有履行合同所必需的设备和专业技术能力；   
　　（四）有依法缴纳税收和社会保障资金的良好记录；   
　　（五）参加政府采购活动前三年内，在经营活动中没有重大违法记录；

（六）法律、行政法规规定的其他条件；

（七）本项目提出的特殊条件。

二、完全接受本项目采购调研文件规定，如对采购调研文件有异议，已经在递交响应文件截止时间届满前依法进行维权救济，不存在对采购调研文件有异议的同时又参加采购调研活动以求侥幸成交或者为实现其他非法目的的行为。

三、参加本次采购调研活动，不存在与单位负责人为同一人或者存在直接控股、管理关系的其他投标人参与同一合同项下的政府采购活动的行为。

四、参加本次采购调研活动，不存在和其他响应人在同一合同项下的采购项目中，同时委托同一个自然人、同一家庭的人员、同一单位的人员作为代理人的行为。

五、如果有《四川省政府采购当事人诚信管理办法》（川财采[2015]33号）规定的记入诚信档案的失信行为，将在响应文件中全面如实反映。

六、响应文件中提供的能够给予采购人带来优惠的任何材料资料和技术、服务、商务等响应承诺情况都是真实的、有效的、合法的。

本公司对上述承诺的内容事项真实性负责。如经查实上述承诺的内容事项存在虚假，我公司愿意接受以提供虚假材料谋取成交追究法律责任。

公司名称（加盖公章）：

法定代表人/负责人或授权代表（签字）：

日期：XXXX年XX月XX日

**法定代表人授权委托书**

资阳市雁江区妇幼保健计划生育服务中心：

（报名公司名称）法定代表人 授权我公司 （职务或职称） （姓名）为我单位本次报名授权代理人，全权处理此次（医院名称）项目市场调研的一切事宜。

特此授权。

（附法人及授权代理人身份证复印件）

单位名称（公章）：

法定代表人签字：

授权代理人签字：

年 月 日

设备采购调研表

公司名称： 价格单位：人民币（万元）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 设备名称 |  | 注册证号 |  | 产地 （进口产品填国家， 国产产品填省份） |  |
|
| 品牌 |  | 设备型号 |  | 单价（含税） |  |
| 质保 |  | 是否提供备用机 |  | 同类产品情况 （请例举品牌） |  |
| 产品配置清单及选配清单 |  | | | | |
| 核心参数 （请简要列出设备 核心或重要参数） |  | | | | |
| 耗材或易损件名称及价格（优惠价） |  | | | | |
| 质量要求及保障 | 能提供产品全新，进口设备生产日期一年内、国产生产日期半年内；整机质保 年。 | | | | |
| 备注 |  | | | | |
| 注：1.医疗设备产品名称、型号、生产国应与注册证中注册名相同；  2.相应消耗品注明是否设备配套专用耗材、开放耗材、易耗品，并提供相应的四川省药械采购平台产品代码。  3.此表需要Excel电子版和盖章扫描件发送至邮箱zyfycgzx@163.com | | | | | |

公司名称（盖章）：

法定代表人（签字）：

联系电话：

日期： 年 月 日