**供应商须知**

**一、供应商须提供证明材料**

1、营业执照、基本开户证明（复印件加盖公章）

2、法定代表人授权委托书及授权代表身份证复印件；

3、报价表

4、产品介绍参数及图片

**按以上要求提供证相关证件及资料各一份、不可缺项，按顺序装订。**

**二、供应商须满足以下要求**

1、付款方式：签订合同，设备安装验收合格后，一次性付清全款。

2、设备安装期：7天

3、售后服务：质保至少1年

4、报价为一次性报价，包括供货、辅材费、运输费、装卸费、保险费、检验费、售后服务、税金所需的一切费用。

**三、评分细则（10分）**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | | | |
| 序 | 主要内容及分值 | | 评分方法 |
| 一 | 报价 3分 | | 报价最低的供应商的价格为基准价，其价格分为满分。其他供应商的价格分统一按照下列公式计算: 报价得分=(基准价/最后报价)\*30%\*10 注:小数点后保留2位有效数字 |
| 二 | 服务方案 7分 | 技术方案 0-3分 | 根据产品的整体配备情况，对供应商所报产品的技术成熟度、使用寿命、效能、技术流程、应用技术支持等进行评分 |
| 售后服务 0-2分 | 根据供应商提供的供货时间、售后服务措施、响应时间、质保期内提供的质保内容和范围进行综合评分 |
| 其他优惠条件 0-2分 | 根据供应商合理化建议及优惠承诺进行评分 |

报价表

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 产品名称 | 数量 | 参数 | 单价 | 合计 |
| 1 | 医用超声  雾化器 | 2台 | 1、用于对干眼、视疲劳、视频终端综合症等各类眼表疾病的综合性物理治疗。  2、工作模式：常温雾化、加热雾化及薰蒸模式。  3、温度可调节。  4、具备温度异常报警功能。  5、中药、西药均可使用。  6、具有风量、雾量、治疗时间可调。  7、配备制氧机。 |  |  |
| 付款方式是否满足 | | | 🞎是 🞎否 | | |
| 设备安装期是否满足 | | | 🞎是 🞎否 | | |
| 售后服务及质保期 | | |  | | |
| 其他优惠条件 | | |  | | |