## **可参考以下格式，或自拟格式但必须体现相关内容：**

## **关于所投医疗器械配套耗材的函**

**广东信诚招标代理咨询有限公司：**

关于贵公司 年 月 日发布的 项目（采购项目编号： ）的采购公告，本公司（企业）愿意参加投标，并声明，本公司（企业）本次所投医疗器械 是 / 否 需配套使用一次性耗材，具体所需配套使用一次性耗材的参数、报价等信息见《设备配套医用耗材、试剂报价表》。

本公司（企业）承诺，本次所投医疗器械所需配套使用一次性耗材，均能在政府指定媒体、平台采购且耗材价格不高于媒体、平台平均报价或市场价，本次承诺在采购合同完成前不会提高报价。

本单位对上述声明及承诺的真实性负责。如有虚假，将依法承担相应责任。

**附件：《设备配套医用耗材、试剂报价表》**

投标人名称（单位盖公章）：

法定代表人或投标人授权代表（签名或盖章）：

日期： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **设备配套医用耗材、试剂报价表** | | | | | | | | | | | | | |
| **设备名称** | **耗材名称** | **是否 专机专用** | **规格** | **测试数/盒** | **报价/盒** | **报价/测试** | **生产厂家** | **配送公司** | **联系电话** | **注册证号** | **注册证有效期** | **省平台编码** | **物价 收费编码** |
|  |  | 是□ 否□ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | 是□ 否□ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | 是□ 否□ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | 是□ 否□ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | 是□ 否□ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | 是□ 否□ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | 是□ 否□ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | 是□ 否□ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | 是□ 否□ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | 是□ 否□ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | 是□ 否□ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | 是□ 否□ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | 是□ 否□ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | 是□ 否□ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | 是□ 否□ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **注：请附上广州市三家三甲医院使用上表项目的发票复印件。** | | | | | | | | | | | | | |