**调研报名资料**

**项目名称：视觉诊疗训练系统（第二次）**

**调研编号：XMDY2023180**

**供应商名称： （盖单位公章）**

**2023年 月 日**

目录

[调研编号：XMDY2023180 1](#_Toc13923)

[一、供应商资格证明材料 3](#_Toc10999)

[1.1 供应商营业执照 3](#_Toc19171)

[1.2 法定代表人身份证明 4](#_Toc32729)

[1.3 法定代表人授权委托书 5](#_Toc14779)

[1.4 技术支持和维护服务等响应时间声明函（加盖公章） 6](#_Toc31991)

[1.5 客户清单 7](#_Toc12048)

[1.6 参加本次采购活动前3年内在经营活动中没有重大违法记录的书面声明（加盖公章） 8](#_Toc31243)

[二、参数配置对比 9](#_Toc14133)

[2.1软件功能对比表 9](#_Toc8092)

[2.2公司简介 10](#_Toc22566)

[2.3供应商应提供相关资质文件 11](#_Toc9467)

[三、项目报价表 12](#_Toc14355)

一、供应商资格证明材料

## 1.1 供应商营业执照

## 1.2 法定代表人身份证明

汕头大学·香港中文大学联合汕头国际眼科中心：

现任我单位 职务，为法定代表人（负责人），特此证明。

代表人性别：

身份证号码：

公司注册号码：

企业类型：

经营范围：

公司地址：

成立时间： 经营期限：

法定代表人身份证复印件(需同时提供正面及背面)或其他有效身份证明材料关键页复印件（如护照）。

身份证粘贴区

供应商： （盖单位公章）

日 期：

## 1.3 法定代表人授权委托书

致：汕头大学·香港中文大学联合汕头国际眼科中心

兹授权 为我方委托代理人，代表我单位处理一切与我单位参加贵院本项目中报名、与需求方谈判、签署及执行项目要求等一切有关事务。

授权时间： 年 月 日至 年 月 日

附：被授权代表情况：

姓名： 性别：

身份证号： 职务：

电话： 邮编：

通讯地址：

邮箱地址：

※附：委托代理人身份证复印件(需同时提供正面及背面)或其他有效身份证明材料关键页复印件（如护照）

身份证粘贴区

法定代表人：（签名）

被授权人：（签名）

供应商：（盖章）

日期：

## 1.4 技术支持和维护服务等响应时间声明函（加盖公章）

## 1.5 客户清单

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **使用单位** | **项目金额（万元）** | **医院等级** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

## 1.6 参加本次采购活动前3年内在经营活动中没有重大违法记录的书面声明（加盖公章）

二、参数配置对比

2.1软件功能对比表

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 项目 | **主要评价内容** | **是否满足** | **系统功能参数** |
| 1、视觉检查训练系统 | 1-1、可完成视功能检查 |  |  |
| 1-2、可实时调整参数，改变难度 |  |  |
| 1-3、可有效完成双眼聚散功能训练 |  |  |
| 1-4、有清晰、明确的反馈 |  |  |
| 1-5、有完整的患者管理板块 |  |  |
| 2、视觉行为训练系统 | 2-1、能实现肢体手眼协调训练 |  |  |
| 2-2、操作简单，适合低龄患者 |  |  |
| 2-3、有清晰、明确的反馈 |  |  |
| 3、眼球运动训练系统 | 3-1、眼球运动训练应实现完全由眼球控制，可看到眼球运动轨迹 |  |  |
| 3-2、有清晰、明确的反馈 |  |  |
| 3-3、具有一定的吸引力和趣味性 |  |  |

2.2公司简介

2.3供应商应提供相关资质文件

如：代理授权书（如非生产厂家直销）——电子版及纸质版、《计算机软件产品登记证书》

（1）如果是厂家直销，请提供《计算机软件产品登记证书》及相关销售备案证书。

（2）如果是代理，则在上述厂家资料基础上增加厂家的产品销售代理授权。

（3）如果是国外进口软件，需要提供厂家授权、报关证明及提供该进口软件销售备案相关备案证明，以证明该软件可以在国内合法销售。

三、项目报价表

供应商名称：

项目名称：视觉诊疗训练系统

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **项目** | **数量** | **单价** | **小计** |
| 1 | **视觉诊疗训练系统** | 6 |  |  |
| 2 | **视觉行为训练系统** | 6 |  |  |
| 3 | **眼球运动训练系统** | 4 |  |  |
| **总计** | | | |  |

法定代表人/负责人（或法定代表人/负责人授权代表）签字：

供应商名称(签章)：

日期：