**关于南京医科大学附属口腔医院专利代理服务项目**

**征集潜在供应商的调研公告**

南京医科大学附属口腔医院拟对以下项目进行摸底、调研，公开征集潜在供应商。欢迎符合要求的供应商前来报名。

**项目名称：南京医科大学附属口腔医院专利代理服务**

**项目基本情况介绍：**

1、服务期：三年

2、数量：150件/年，以实际委托为准

**一、资质要求：**

供应商应具有独立法人资格，营业执照，经中华人民共和国国家知识产权局批准登记成立的且具备国家知识产权局颁发的《专利代理机构注册证》的知识产权代理机构。提供有效的证书复印件加盖公章。

**二、代理服务内容：**

1. 发明专利申请代理费、实质审查代理费

2. 实用新型专利申请代理费

3. 外观设计专利申请代理费

4. 无效请求申请代理费

5. 复审代理费

6. 加快代理费

7. 变更代理费

8. 授权后代垫、代缴年费的手续费

9. PCT专利国际阶段代理费

10. PCT专利国家阶段代理费

11. 软件著作权代理费

12. 著录变更费

**三、要求配备团队：**

需涵盖以下每个专业领域：口腔医学或临床医学、生物学、化学、材料学、生物工程、医疗器械、光电检测、计算机等（专业），且每个专业配备至少二名专利代理人。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 姓名 | 专业领域 | 相关资质证书 |
| 1 |  |  |  |
| 2 |  |  |  |
| … |  |  |  |

1. **与本项目类似的成功案例（合同复印件）。**
2. **与本项目相关的公司资质证书等证明材料。**
3. **项目实施整体服务方案。**

**七、报价一览表**

|  |  |
| --- | --- |
| **项目名称** | **南京医科大学附属口腔医院 项目** |
| **序号** | **代理服务内容** | **单价（元）** |
| 1 |  |  |
| 2 |  |  |
|  |  |  |

**单位名称（公章）：**

**法定代表人（授权代表）签名：**

 **联系电话（手机）：**

 **年 月 日**

**八、联系方式**

资料寄送地址：江苏省口腔医院行政楼212室

联系人： 王老师 联系方式：69593176

 截止时间：2023年7月17日（以邮寄时间为准）