**吉安市中心人民医院（上海市东方医院吉安医院）**

**医用耗材意向招标公告**

依据我院临床医疗需要，拟对下列医用耗材进行院内招标采购，请有意参加本单位招标的生产商或供应商携带相关证件到医学装备科报名。

1. **采购项目内容：**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 编号 | 使用科室 | 项目 | 项目要求 |
| 1 | 重症医学科（南院区） | 压力测量传感器 | 适用于重症医学科心输出量测量仪(德国PULSIONPV8810)一同使用，用于通过桡动脉监测病人心输出量。 |
| 2 | 重症医学科（南院区） | 热稀释导管包及压力监测套装 | 适用于重症医学科心输出量测量仪(德国PULSION PV2014L16-A、PV8215)一同使用，用于连续监测心输出量。 |
| 3 | 重症医学科（南院区） | 血浆分离器及管路套包 | 适用于重症医学科贝朗OMNI血液净化设备（ OMNlplasmafilter 0.7）使用，用于进行性血浆置换治疗的一次性使用耗材。 |
| 4 | 重症医学科（南院区） | 血浆分离器及管路套包 | 适用于重症医学科金宝血液净化设备（PrismaflexTPE2000 set）使用，用于进行性血浆置换治疗的一次性使用耗材。 |
| 5 | 重症医学科（南院区） | 一次性使用血流透析滤过器及配套管路 | 适用于重症医学科金宝血液净化设备（PrismaflexST100 SET、 PrismaflexST150 SET）使用，用于进行血液净化治疗的一次性使用耗材。 |
| 6 | 感染性疾病科 | 一次性使用血液灌流器 | 适用于人工肝设备（珠海健帆DX-10），用于慢性肝衰竭、慢加亚急性肝衰竭、急性肝衰竭的治疗，进行血浆置换、胆红素吸附+血浆置换、双重血浆分子吸附+血浆置换等项目。 |
| 8 | 感染性疾病科 | 膜型血浆成分分离器 | 适用于人工肝设备（珠海健帆DX-10），用于慢性肝衰竭、慢加亚急性肝衰竭、急性肝衰竭的治疗，进行血浆置换、胆红素吸附+血浆置换、双重血浆分子吸附+血浆置换等项目。 |
| 9 | 感染性疾病科 | 一次性使用血浆胆红素吸附柱 | 适用于人工肝设备（珠海健帆DX-10），用于慢性肝衰竭、慢加亚急性肝衰竭、急性肝衰竭的治疗，进行血浆置换、胆红素吸附+血浆置换、双重血浆分子吸附+血浆置换等项目。 |
| 10 | 感染性疾病科 | 一次性使用血液回路导管 | 适用于人工肝设备（珠海健帆DX-10），用于慢性肝衰竭、慢加亚急性肝衰竭、急性肝衰竭的治疗，进行血浆置换、胆红素吸附+血浆置换、双重血浆分子吸附+血浆置换等项目。 |
| 11 | 输血科 | Rh血型抗原检测卡（微柱凝胶法） | 1.该产品检测原理采用的是微柱凝胶法;  2.该产品用于Rh 血型系统C、c、D、E、e或C、c、E、e 抗原检测，不用于血源筛查，仅用于临床检测;  3.该产品规格:6孔/卡(含抗 C、抗 c、抗 D、抗 E、抗 e、质控各1孔);  4.该产品在国内有多家综合性三甲医院用户;  5.该产品可以在室温下保存。 |

1. **报名要求：**

(1)严格按照要求填写附表一、附表二，不符合要求视为无效。

(2)所投产品须持有医疗器械注册证（注册证号在附表一中必须填写），特殊产品除外。

（3）所投产品必须在最新的医保报销范围之内（同类产品都不能报销的除外）。

（4）所投产品一年内在省卫健委直属三甲医院使用过（专机耗材除外），并且保证所投产品价格为同时期内全省最低价。

（5）所投产品必须在江西省医保公共服务平台下的药品和医用耗材招采管理系统中的挂网范围内（同类产品未招标的除外）。

1. **报名时需提供的相关材料：**

1、公司及产品的资质证明材料（公司三证等）。

2、议价产品的制造商或者区域总代理商出具的授权函。

3、法定代表人证书或委托代理人授权书。

4、附件表一（另增加电子版发到下方的邮箱），附表二

5、所投产品一年内的江西省三甲医院的使用依据。

6、国家医用耗材27位编码，江西省医保报销类别。

7、价格承诺函、价格佐证。

8、所投产品需带样品现场展示说明。

注：以上材料一式三份并加盖公章，对提供材料不真实者予以取消中标资格。

**投标文件必须密封，否则作无效响应处理。**

**4.评标方法**

1、现场报价。原则上低价中标，但需经临床试用和相关专家认可确认。

2、意向中标产品需经医院办公会讨论通过后方可签合同。

**注意事项：**

1、报价均以产品单价为报价标准。

2、若本次招标产品我院正在使用，则此产品供应商必须报名参加本次招标，否则我院有权停止其供应资格，并由参加本次招标的中标供应商进行供货。

3、经医院专家认定不能满足招标要求的项目，投标无效。

4.交材料时间：2024 年5月13日下午3点前，逾期不受理，地点在吉安市中心人民医院（上海市东方医院吉安医院）吉安南大道80号行政楼107号医学装备科。

咨询地点：吉安市中心人民医院（上海市东方医院吉安医院）吉安南大道80号行政楼107号医学装备科，现场开标时间：2024 年5月 13 日下午3点。

联系电话：15879610020

邮箱：[229636767@qq.com](mailto:229636767@qq.com)

            吉安市中心人民医院

（上海市东方医院吉安医院）

**2024年5月9日**

**附表一（请用EXCEL编辑提交）：**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 招标项目序号 | 产品注册证名称 | 生产厂家 | 规格型号 | 产品注册证号 | 计量单位 | 报名公司 | 江西省省标价  （江西省平台未招标除外） | 省标价产品ID（江西省平台未招标除外） | 国家耗材代码 | 医院现行价（没有可以不写） | 联系方式 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

要求：

1.各报名企业必须按表格要求填写，价格真实，资料可靠，同时须附上相应的价格依据。

2.请各报名企业按照规定的项目认真填写，不得涂改，每张报价单都需加盖公章。

**附表二：**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 报名单位（公司）： | | 项目截止日期： 2024 年5月13日 | | |
| **项 目**  **序 号** | **项 目 名 称** | **型号** | **报价** | **授权代表签名**  **（需加盖公章）** |
|  |  |  |  |  |

**投标询价、议价承诺函**

致：吉安市中心人民医院

我单位在参加贵方部分＿＿＿＿＿＿项目的（投标询价、议价）活动中，郑重承诺如下：

我方在此声明，本次（投标询价、议价）活动中提供的所有资料都是真实、准确完整的，所投产品＿＿＿＿品牌＿＿＿＿型号（品牌及规格型号）报价为江西省内同期、同型号、同品牌、同配置最低价，如因虚假资料、虚假报价所产生的一切后果完全由我方承担。

承诺人（投标企业）盖章：＿＿＿＿＿＿＿＿

法定代表人签字：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

法定代表人电话：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

日 期： ＿＿＿年＿＿＿月＿＿＿日