**吉安市中心人民医院检验科血常规试剂医用耗材意向招标公告**

依据我院医疗临床需要，拟对下列医用耗材（化学试剂）进行院内采购，请有意参加本单位招标的供应商携带相关材料到医学装备科报名。

**投标文件必须密封，否则作无效响应处理。**

**一、采购项目内容：**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 序号 | 科室 | 项目名称 |
| 1 | 检验科 | 血细胞分析-五分类 |
| 2 | 检验科 | 网织红细胞计数 |
| 3 | 检验科 | C-反应蛋白 |

****3.报名需提供的相关材料（**报名文件必须密封，首页以“公司简称-报名项目”命名）**：****

(1) 附表一（报价表），序号写错可能会导致开标数据统计错误，请仔细核对官网公告中的项目序号，并加盖报名公司公章。报名公司及产品的资质证明材料，做成一个文件封装。

①附表二报名表，并加盖报名公司公章；

②《企业法人营业执照》副本复印件加盖单位公章；

③医疗器械产品注册证及注册登记表(不作为医疗器械管理的产品请到国家药监局网站查询依据)，并加盖单位公章；提供二、三类医疗器械产品的须具有医疗器械注册证及登记表，提供一类医疗器械产品的须具有产品备案登记凭证；提供在中华人民共和国境内生产的二、三类医疗器械产品，须具有医疗器械生产许可证，一类医疗器械产品的须具有医疗器械生产备案凭证；经营三类医疗器械的须具有医疗器械经营企业许可证，经营二类医疗器械的须具有医疗器械经营企业备案登记凭证；（医疗器械注册人或者生产企业在其住所或者生产地址销售医疗器械，不需提供）

  ④法定代表人身份证明书或法人授权委托书、身份证的原件及复印件加盖单位公章；

 ⑤如果投标人所投的设备(耗材)不是投标人自己制造的，投标人应得到制造商同意其在本次投标中提供该货物的正式授权书或经销授权书并加盖生产企业公章；对提供材料不真实者予以取消中标资格。（维修、维保类项目不需要此项）

（3）报名审核通过的供应商将会电话通知开标时间。

****4.开标时需提供的相关材料：****

（1）以上第3项报名需要的所有资料（为方便审核，请把报价表附在标书第一页，其他报名材料按顺序依次附在报价表之后。）

（2）产品的介绍、产品的参数、产品彩页、产品的配置一览表加盖单位公章

（3）该产品用户名单加盖单位公章；

（4）该产品售后维修网点联系方式及售后维修承诺；

开标时谈判文件要求一正五副，密封。

****5.评标方法****

（1）本次招标采用：  综合评分法  ，设定分值为100分。其中价格评分30分，技术评分50分，商务评分20分。所有专家评分中，综合得分最高者为中标人。

****注意事项：****

**报价均以产品项目收费标准的下浮比例为报价，所有试剂报价只接受统一下浮比例**。

6.报名时间：2024年5月17 日至5月 22 日 17:00时止**（报名只需要提供一份资料）**

7.咨询地点：吉安市中心人民医院南院区行政楼107号医学装备科

8.谈判时间：另行通知

9.联系电话：0796-8259359/15879610020

            吉安市中心人民医院

医学装备科

**2024年5月 17 日**

**附表一：**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 招标项目及序号（以谈判公告为准） | 医疗器械注册证产品名称（如无注册证则直接填写产品名称） | 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） | 本次项目报名价 | 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。

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。

3.请各报名企业按照规定的项目认真填写，**有医疗器械注册证的产品信息必须与医疗器械注册证一致，**不得涂改，每张报价单都需加盖公章。

4.单独一页：报名公司业绩简介（50字以内）、报名产品主要参数（50字以内）、报名人姓名、身份证号码、联系电话。

**附表二：**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 报名单位（公司）： | | 项目截止日期： 2024 年 月 日 | | |
| **项 目**  **序 号** | **项 目 名 称** | **联系方式** | **身份证号码** | **授权代表签名**  **（需加盖公章）** |
|  |  |  |  |  |