**吉安市中心人民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 | 血液净化室 | 一次性使用血液灌流器 | 用于血液透析患者血液灌流治疗。 |
| 2 | 血液净化室 | 血液净化装置体外循环血路 | 适用于血液净化室血液透析滤过机（威高DBB-EXA）使用，用于进行性血液透析滤过治疗的一次性使用耗材。 |
| 3 | 血液净化室 | 血液净化补液管路 |
| 4 | 血液净化室 | 透析液过滤器 |
| 5 | 超声医学科 | 经食道超声探头保护套 | 1、医疗器械类别:第二类医疗器械(进入人体接触黏膜必须无菌)。2、独立包装，材质柔软，使用时无异物感。3、长度≥80厘米，透声良好。 |
| 6 | 消毒供应中心 | 预处理酶保湿清洗剂 | 用于隔夜手术器械的预处理。 |
| 7 | 消毒供应中心 | 高温纸塑袋 | 供应室消毒物品使用，需要200mm\*200m/卷、250mm\*200m/卷、250mm\*300mm/每袋100个、150mm\*270mm/每袋100个四种规格。 |
| 8 | 消毒供应中心 | 防水标签 | 供应室消毒物品使用，适用于打印机brother 9700PC,产品规格24mm0.94\*1个，用于生成器械包的唯一码，作为器械包的身份证明。 |
| 9 | 消毒供应中心 | 器械标识牌专用标签 | 供应室消毒物品使用，适用于标签打印机CP-2140EX，规格60mm\*80mm和25mm\*70mm，用于器械追溯流程，耐水洗耐磨耐高低温。 |
| 10 | 消毒供应中心 | 器械标识牌 | 供应室消毒物品使用，规格80mm\*90mm和39mm\*90m，完善器械追溯流程，耐水洗耐磨耐高低温。 |
| 11 | 消毒供应中心 | 耐水洗树脂基清洗标识牌专用碳带 | 供应室消毒物品使用，适用于标签打印机CP-2140EX，打印结果清晰、耐水洗耐磨耐高低温。 |
| 12 | 消毒供应中心 | 灭菌化学指示标签(不锈钢器械专用) | 供应室消毒物品使用，普通追溯标签会残留，需要专用于不锈钢器械的特种灭菌追溯标签（双底）。 |
| 13 | 肝胆外科 | 一次性使用电子胆道镜 | 1.适用于肝胆外科手术要求，可以用于胆道检查，可以通过网篮取石，可以冲水。2.弯曲度良好，基本满足所有肝胆管结石手术需要。 |
| 14 | 肝胆外科 | 止血粉（集采产品） | 1.国家集采产品。2.可用于肝脏脏面止血，保证手术安全性。3.产品质量可靠，无明显副作用; |
| 15 | 肛肠科 | 生物可吸收复合止血膜（集采产品） | 1、国家集采产品。 2、止血膜类产品。 3、术后可完全降解吸收。 |
| 16 | 烧伤整形科 | 烧烫伤功能性敷料 | 1、用于烧烫伤及其它创面换药。敷料应含有纳米银,不易产生耐药性，以具备较好的防治创面感染功能，促进创面愈合。敷料具有与创面不易黏连，易换药及明显减轻患者换药时剧烈疼痛，且价格合理，经济实用。2、需大(35cm\*40cm 左右)小(20cm\*20cm左右)2种不同规格，以便临床使用。 |

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：以上材料一式四份并加盖公章，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12月20日上午8点30前，逾期不受理，地点在吉安市中心人民医院南院区--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南院区吉安南大道80号行政楼107号医学装备科，现场开标时间：2024 年12月 20日上午8点30。

联系电话：07968259359、15879610020

邮箱：229636767@qq.com

            吉安市中心人民医院

2024年12月16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12月20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