浏阳市人民医院2022年下半年新增卫材遴选招标文件（第二次）

1. 项目名称： 浏阳市人民医院2022年下半年新增卫材遴选

二、采购需求（最高上限价）见附件1

1. 付款方式：货到医院后，以6个月承兑汇票结算。
2. 交货时间：根据医院要求

五、评标办法：竞争性议价

六、投标人的资格要求

1、投标人基本资格条件：

（1）具有独立承担民事责任的能力；

（2）具有履行合同所必需的设备和专业技术能力；

（3）参加本项目活动前三年内，在经营活动中没有重大违法记录；

（4）法律、行政法规规定的其他条件。

2、投标人特定资格条件：

（1）所投产品如纳入医疗器械管理的，投标人必须具备食品药品监督管理部门颁发的医疗器械经营企业许可证复印件；

（2）所投耗材生产或经营纳入行政管理的，须具有相应的生产或经营许可证（如医疗器械生产或经营备案凭证、医疗器械生产或经营许可证、生产企业卫生许可证等）。

（3）所投产品必须在湖南省阳光采购平台挂网或长沙市医保部门指定平台挂网（备案）。

（4）投标人中标后须提供生产企业的有效授权委托书（提供相应承诺，格式自拟），否则取消入围资格。

（5）所投耗材品目如不属于医院在用产品和备选品牌目录内的，需提供所投参品牌在湖南省内三甲医院近半年内三次及以上的销售证明材料（含耗材采购合同和医院签收的入库单等）。

3、单位负责人为同一人或者存在直接控股、管理关系的不同投标人，不得参加本项目同一合同项下的采购活动。

4、本次采购不接受联合体投标。

八、其他要求

1、耗材/试剂在合同执行期间，如医保局或发改委或物价局或卫健委等行政部门正式文件作出政策性调整或重新进行遴选时，按照调整后或重新遴选后的相关规定进行供货。

2、在合同执行期间，所投耗材纳入集中采购目录的，按集中采购政策进行供货，供货商有更换的，另外签订集采协议。

3、为提高院内耗材、财务高效管理，供应商需无条件配合院方SPD等信息化建设项目工作：本次招标的耗材全部纳入SPD集中配送管理，所有中标产品配送后均由本院SPD服务商统一向本院按实开具发票进行结算。中标后高值耗材供应商按中标价扣除1.5%的SPD服务费后向SPD服务商开具其所要求的发票，低值耗材供应商按中标价扣除2.8%的SPD服务费后向SPD服务商开具其所要求的发票。采购货款由院方SPD服务商按医院约定账期支付给供应商。包括带量采购产品。

七、投标文件编制要求

1、投标文件必须采用装订成册，一式三份（一份正本，两份副本）。投标文件制作格式见附件3。

2、投标文件必须加盖投标单位公章和法人代表签字或委托代理人签字，并用密封袋密封，密封袋上也必须加盖投标单位公章，否则作废标处理。

八、报名时间及投标截止时间、开标时间及地点：

2023年8月16日至2023年8月22日17 ：00接受电子报名（将报名资料扫描件形成一个PDF文档发至邮箱286821015@qq.com），超过报名时间的投标单位将被拒绝。8月19日、8月20日为法定节假日不接受报名（联系方式：宋先生13787048812）报名资料包括报名表、营业执照、法人身份证明、授权委托书。报名表格式见附件2

投标单位需按照附件1准备电子（Excel版本）报价清单，顺序必须与附件1保持一致。将电子版报价清单存于U盘中，在U盘上注明投标公司名称，并将U盘放入密封袋中。

1、开标时间：2023年8月24日14:30，超过开标时间的投标将被拒绝（★）。

2、开标地点：浏阳市人民医院中央区四楼二会议室

逾期送达或未送达指定地点的或未按招标文件要求密封的投标文件，招标人可拒绝接收。投标人法定代表人或授权委托人须亲自到场参加投标。

九、有关此次招标事宜，可与下列人员联系：

联系电话： 李女士：13574860346 宋先生：13787048812 张女士：13397418710

**附件2报名表**

**浏阳市人民医院2022年下半年新增卫材遴选（第二次）报名表**

|  |  |
| --- | --- |
| 投标单位 | （盖章） |
| 具体产品名称 |  |
| 联系人 |  |
| 联系电话 |  |
| 邮箱 |  |
| 报名时间 |  |

**附件3：投标文件制作格式（必须按以下标题和顺序进行编制）**

**投 标 文 件**

**采购项目名称：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**投标人:**

**一、营业执照（需备注三证合一或五证合一）**

**二、法定代表人身份证明书（彩印）**

供应商名称：

注册号：

注册地址：

成立时间： 年 月 日

经营期限：

经营范围：主营： ；兼营：

姓名： 性别： 年龄： 系（供应商名称）的法定代表人。

特此证明。

附：法定代表人身份证复印件

|  |  |
| --- | --- |
| 法定代表人身份证（正面） | 法定代表人身份证（背面） |

供应商名称（盖单位章）：

日期：年月日

**三、法定代表人授权委托书（彩印）**

本人（姓名、职务）系 （供应商名称）的法定代表人，现授权（姓名、职务）为我方代理人。代理人根据授权，以我方名义：签署、澄清、说明、补正、递交、撤回、修改（项目名称）响应文件，其法律后果由我方承担。

委托期限： 。

代理人无转委托权。

本授权书于年月日签字生效，特此声明。

附：法定代表人身份证明

|  |  |
| --- | --- |
| 法定代表人二代身份证复印件（正面） | 委托代理人二代身份证复印件（正面） |
| 法定代表人二代身份证复印件（反面） | 委托代理人二代身份证复印件（反面） |

法定代表人（签字）：

委托代理人（签字）：

日期：年月日

**注：授权代表递交此授权委托书并附法定代表人身份证明参加开标（授权代表由法人本人担任的，仅需提供法定代表人身份证明）。**

**四、分项报价明细表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 目录名称 | 供应商名称 | 产品注册(备案)名称 | 注册（备案）证号 | 规格 | 型号 | 产地（国产/进口） | 生产厂家 | 最小使用单位 | 阳光挂网平台价格 | 遴选预算单价限价（人民币元） | 投标报价（人民币元） |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**填写此表：**

**注：★所投产品必须在湖南省阳光采购平台挂网或长沙市医保部门指定平台挂网（备案），并提供相应产品的挂网编码、价格。**

**五、其他资格证明**

备注：提供单位和货物符合“投标人的资格要求”相关证明材料，

具体内容详见**“第六条第** 2点：投标人特定资格条件

**六、投标人资格声明**

致(采购人)：

按照遴选文件的规定，我单位郑重声明如下：

一、我单位是按照中华人民共和国法律规定登记注册的，注册地点为，全称为，统一社会信用代码为，法定代表人为，具有独立承担民事责任的能力。

二、我单位具有良好的商业信誉和健全的财务会计制度。

三、我单位具有履行本项目采购合同所必需的设备和专业技术能力。

四、我单位在参加本招标项目前三年内，在经营活动中，未因违法经营受到刑事处罚或者责令停产停业、吊销许可证或者执照、较大数额罚款等行政处罚。其中较大数额罚款是指：对公民处罚款在1000元及以上；对法人或者其他组织处罚款在2万元及以上；法律法规另有规定的，从其规定。

五、我单位具备法律、行政法规规定的其他条件。

六、与我单位存在“单位负责人为同一人或者存在直接控股、管理关系”的其他法人单位信息如下（如无，填写“无”）：

1、与我单位的法定代表人（单位负责人）为同一人的其他法人单位如下：

2、我单位直接控股的其他法人单位如下：

3、与我单位存在管理关系的其他法人单位如下：

我单位保证上述声明的事项都是真实的，如有虚假，我单位愿意承担相应的法律责任，并承担因此所造成的一切损失。

我单位保证随时按照要求提供能够证明上述声明事项真实性的任何有效文件。

投标人名称（盖单位公章）：

法定代表人或委托代理人（签字）：

日期：年月日

**七、报价承诺**

**（1）产品报价承诺**

致浏阳市人民医院：

我公司参与浏阳市人民医院XXXXX耗材遴选采购项目（采购编号：），针对入围后的实际供货价格，我公司郑重承诺：

情况①：所报耗材属于医院在用产品的，申报价格不得高于湖南省阳光采购平台挂网或长沙市医保部门指定平台挂网（备案）限价与采购预算限价中两者的最低值。

情况②：所报耗材不属于医院在用产品的，申报价格不得高于该包最高限价；

如违反报价承诺的，一经查实，接受取消该入围资格。

本承诺有效期限涵盖本次集中采购周期。

供应商：（单位盖章）

法定代表人或其授权委托人：（签字）

 日期：年月日

**（2）厂家产品报价承诺**

致浏阳市人民医院：

我公司已知晓（供应商名称）参与浏阳市人民医院XXXXX耗材遴选采购项目（采购编号），针对供应商入围后的实际供货价格，我公司郑重承诺：

1、我公司知晓并认可该供应商的报价。

2、我公司承诺该价格为全国医疗机构实际供货的最低价格。

3、现提供我公司湖南地区负责代表名单如下：

联系人： 联系电话：

本承诺有效期限涵盖本次集中采购周期。

生产企业：（单位盖章）

法定代表人或其授权委托人：（签字）

 日期：年月日

**八、 供应商认为需要提供的其它资料**