档案号：2024-D-4-14

一次性使用浮针遴选文件（第二次）

1. 项目名称：一次性使用浮针
2. 采购需求：

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 包号 | 申请部门 | 材料名称 | 规格型号 | 单位 | 上限价格（元） | 年用量 | 备注 |
| 14 | 中医科病房 | 一次性使用浮针 | 中号 | 支 | 12 | 10000 |  |

备注：以上耗材投标时需带样品，并提供挂网截图凭证。

1. 付款方式：根据结算数据，以6个月承兑汇票结算。
2. 采购周期：三年。

五、评标办法：竞争性议价，现场需进行二次议价。

六、投标人的资格要求

1、投标人须提供“医疗器械经营许可证”或“医疗器械经营备案凭证”、产品制造商的“医疗器械经营许可证”“医疗器械生产企业许可证”及国家药监部门颁发的“医疗器械产品注册证”或“医疗器械生产备案凭证”

2、法定代表人身份证明

3、法定代表人授权委托书（如有）

4、采购需求偏离表（提供投标产品技术参数佐证资料）

5、投标人所投产品，提供生产厂商（制造商）或经销商或代理商出具的针对本项目的授权书。

七、其它

1、耗材在合同执行期间，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、中选耗材无条件配合院方SPD等信息化建设项目工作，高值耗材缴纳销售金额1.5%的服务费，低值耗材缴纳销售金额2.7%的服务费，带量采购产品除外。

3、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。

4、未在院内使用过的产品，需提供三家医院的使用凭证。

5、投标人所投产品，提供生产厂商（制造商）或经销商或代理商出具的针对本项目的授权书。

6、发布入围通知单后十个工作日内到浏阳市人民医院设备器材部耗材办办理入围耗材的网上配送工作，如无入围耗材的网上配送权则取消入围资格。

八、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1。

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。

九、投标截止时间、开标时间及地点：

1、投标截止及开标时间：2024年12月26日9 ：00，超过报名时间的投标单位将被拒绝。

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。

十、有关此次招标事宜，可与下列人员联系：

联系电话：李女士：0731-83620086 张女士：0731-83605784

浏阳市人民医院

2024-12-19

**附件1：投标文件制作格式**

**投标文件**

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

**投标单位：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_（公章）**

**企业法人营业执照注册号：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**投标人或委托人:：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_（现场签名）**

**投标人或委托人联系电话：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_（现场手签）**

**投标日期：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_（现场手签）**

年月日

**投标文件组成**

1. 营业执照（需备注三证合一或五证合一）
2. 法定代表人身份证明（彩印）
3. 法定代表人授权书(委托代理人参加开标) （彩印）
4. 报价文件
5. 技术响应与偏离表（提供投标产品技术参数佐证资料）

六、投标人须提供“医疗器械经营许可证”或“医疗器械经营备案凭证”、产品制造商的“医疗器械生产企业许可证”及国家药监部门颁发的“医疗器械产品注册证”或“医疗器械生产备案凭证”

七、生产厂商（制造商）或经销商或代理商出具的针对本项目的授权书。

八、供应商认为需要提供的其它资料。

**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、报价文件**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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） | 折扣率（%） | 挂网编码 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**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**

日期：年月日

1. **技术响应与偏离表（提供投标产品技术参数佐证资料）**

**六、投标人须提供“医疗器械经营许可证”或“医疗器械经营备案凭证”、产品制造商的“医疗器械生产企业许可证”及国家药监部门颁发的“医疗器械产品注册证”或“医疗器械生产备案凭证”**

**七、投标人所投产品的生产厂商（制造商）或经销商或代理商出具的针对本项目的授权书。**

**八、供应商认为需要提供的其它资料**