**厦门市仙岳医院**

**2023年第5批医疗设备采购意向公告(三次)**

**一、说明：**

1、以下公示项目我院拟于近期公开采购，欢迎有意向供应商报名参加。

2、请具备资质的生产企业、经销企业，将产品资料及“三证”等资料在**公告之日起五个工作日内**报送我院设备物资部审核。

3、请各报名企业提前将报名材料送审。材料同时准备纸质档与电子档，电子档请上传部门邮箱xyyysbwzb@163.com【邮件主题请按照（报名经销企业+所报名产品、品牌、型号+投标联系人+联系方式）格式命名邮件主题后发送，谢谢合作！ 】，纸质材料同时报送我院设备物资部。两者材料须一致，经全部资质审核通过后，视为有效报名。

4、项目咨询事宜，请联系项目联系人（陈先生，5392699）。

**二、项目名称及预算金额：**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **采购包名称** | **项目名称** | **数量** | **预算金额****（万元）** | **公告类型** |
| **1** | 自动洗胃机 | 自动洗胃机 | 1 | 1.5 | 中期调整 |
| **2** | 沙盘 | 沙盘 | 2 | 8 | 中期调整 |
| **3** | 电休克治疗仪 | 电休克治疗仪 | 1 | 35 | 中期调整 |

**投标必备文件清单**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **资料清单** | **备注** | **页码** |
| 1 | 当天参与谈判生产厂家代表和参与竞争供应商代表有效名片，并填写附件1 | 附件1 |  |
| 2 | 供应商报名表 | 附件2 |  |
| 3 | 供应商三证 |  |  |
| 4 | 供应商医疗器械经营许可证及备案许可 |  |  |
| 5 | 法定代表人授权书原件及身份证复印件（双面） |  |  |
| 6 | 供应商合法销售设备有效授权书原件及复印件（可有效追溯至原厂） |  |  |
| 7 | 设备报价单（含品牌、生产厂家、型号、原产地、到货期）与保修期后买保报价单 |  |  |
| 8 | 设备详细技术参数 |  |  |
| 9 | 投标设备配置清单（含分项报价） |  |  |
| 10 | 设备标准配置清单及选配件清单 | 附件3 |  |
| 11 | 耗材内容确认表 | 附件4 |  |
| 12 | 易耗品清单及报价 | 附件5 |  |
| 13 | 本品牌全系列产品型号表，及各系列下不同型号关键参数对比表 | 附件6 |  |
| 14 | 不同品牌同档次型号、关键参数、配置对比表 | 附件7 |  |
| 15 | 设备医疗器械注册证、注册证登记表、及注册证附页 |  |  |
| 16 | 设备生产厂家三证 |  |  |
| 17 | 配套耗材及试剂（包含专机专用，非专机专用）医疗器械注册证及登记表 |  |  |
| 18 | 耗材和试剂清单及分项报价单 |  |  |
| 19 | 原厂售后服务承诺书原件及复印件 |  |  |
| 20 | 前3年内在政府采购活动中没有重大违法记录的书面声明 |  |  |
| 21 | 其他单位中标资料，内容包含中标通知书、招标参数、配置清单、配套耗材及试剂（包含专机专用，非专机专用）、发票复印件 |  |  |
| 22 | 用户清单 |  |  |
| 23 | 产品彩页（彩页须含关键技术参数）或技术参数白皮书复印件 |  |  |

备注：1-23项均为必备文件，投标文件按项目内容顺序排列，并注明页码。若无法提供该项目文件，请在该项所对应的页面上填写情况说明。

（本人已确认提供以上23项目投标文件） 投标人签名： 盖 章：

附件1

**投标公司及生产厂家有效联系方式**

**供应商售后联系人**

姓名：

手机：

邮箱：

售后固话：

**供应商代表**

姓名：

手机：

邮箱：

售前固话：

**生产厂家代表**

姓名：

手机：

邮箱：

售前固话：

**投标公司法人**

姓名：

手机：

邮箱：

固话：

附件2

**供应商投标报名表**

|  |  |
| --- | --- |
| **投标项目** |  |
| **投标公司** |  |
| **使用科室** |  | **报名日期** |  |
| **投标代理人** |  | **联系电话** |  |
| **投标品牌** |  | **投标规格型号** |  |
| **品牌档次** | **（可选高、中、低）** | **所投系列型号在该品牌内****占档次排行** | **（可选高、中、低）** |
| **注册证号** |  | **注册证有效截止日期** |  |
| **初次注册时间** |  | **是否有耗材或试剂** |  |
| **耗材是否专机专用** |  | **是否有可代替的****专机专用耗材** |  |
| **耗材注册证** | **可详列于附件** | **耗材价格** | **可详列于附件** |
| **设备是否有特殊储运要求** |  | **医疗器械分类类别** |  |
| **同档次竞争品牌1** |  | **同档次竞争系列及型号** |  |
| **同档次竞争品牌2** |  | **同档次竞争系列及型号** |  |
| **该类设备市场****占有率前三家品牌** |  |  |  |

（本人已确认以上填写信息真实、完整、无误。）

**投标人签名： 盖 章：**

|  |
| --- |
| **审核情况说明：****收件人签名：**  **收件时间：**  |

附件3

|  |
| --- |
| **设备标准配置清单及选配件清单** |
| **标准配置清单** |
| **序号** | **名称** | **数量** |
| 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 |
| **选配件清单** |
| **序号** | **选配件名称** | **价格** |
| 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 |
| （本人已确认以上填写信息真实、完整、无误。） |
|  |
|  投标人签名： 盖 章： |

|  |
| --- |
| **设备使用相关耗材情况** |
|  | **注册证名称** | **规格** | **型号** | **注册证号** | **中标情况** | **生产厂商** | **单价** | **平均****每人份费用** | **预计年使用****总金额** | **物价部门核准本耗材单独收费代码** | **无单独收费（包括本耗材收费项目）** | **被授权供应商** | **供应商企业联系人** |
| **卫生部标** | **福建省标** | **厦门市标** | **收费名称** | **收费标准** | **收费代码** |
| **专机专用耗材** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **推荐使用非专机专用耗材** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **同一功能其他厂家非专机专用耗材（与推荐使用耗材相对应）** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

件4

（本人已确认以上填写信息真实、完整、无误。） 投标人签名： 盖 章：

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 附表5 |  |  |  |
| **设备易耗品清单** |
|  |  |  |  |
| **序号** | **易耗品名称** | **易耗品使用寿命** | **易耗品单价** |
| 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 |

（本人已确认以上填写信息真实、完整、无误。）

投标人签名： 盖 章：

附件6-1

**本品牌全系列产品型号表**

**（备注：系列按档次从左到右由高到低填写，型号按档次从上到下由高到低填写）**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **高端：\*\*\*系列****（主要特点\*\*\*）** | **中端：\*\*\*系列****（主要特点\*\*\*）** | **低端：\*\*\*系列****（主要特点\*\*\*）** | **……** |
| 型号 | 医疗器械注册证号 | 型号 | 医疗器械注册证号 | 型号 | 医疗器械注册证号 | 型号 | 医疗器械注册证号 |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |  |  |  |

（本人已确认以上填写信息真实、完整、无误。）

**投标人签名： 盖 章：**

**附件6-2**

**本品牌同系列各型号产品10条关键参数对比表**

**系列： （备注：型号按档次从左到右由高到低填写）**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** |  **型号****关键参数** | **型号\*\*\*** | **型号\*\*\*** | **型号\*\*\*** | **…** |
| 1 | \*\*\* |  |  |  |  |
| 2 | \*\*\* |  |  |  |  |
| 3 | \*\*\* |  |  |  |  |
| 4 | \*\*\* |  |  |  |  |
| 5 | \*\*\* |  |  |  |  |
| 6 | \*\*\* |  |  |  |  |
| 7 | \*\*\* |  |  |  |  |
| 8 | \*\*\* |  |  |  |  |
| 9 | \*\*\* |  |  |  |  |
| 10 | \*\*\* |  |  |  |  |

（本人已确认以上填写信息真实、完整、无误。）

**投标人签名： 盖 章：**

**填写说明：请根据附件5-1内所填写的产品系列，均按此表进行各系列下不同型号10条关键参数的对比**

**附件7**

**不同品牌同档次型号、关键参数、配置对比表**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **项目名称：** |  |  |  |
|  **型号**  | **\*\*品牌** | **\*\*品牌** | **\*\*品牌** | **\*\*\*** |
| 型号\*\*\* | 型号\*\*\* | 型号\*\*\* | … |
| **关键参数及功能对比** |
| 1、\*\*\* | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 2、\*\*\* | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 3、\*\*\* |  | 　 | 　 | 　 |
| 4、\*\*\* | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 5、\*\*\* | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 6、\*\*\* | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 7、\*\*\* | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 8、\*\*\* | 　 | 　 | 　 | 　 |
| \*\*\* | 　 | 　 | 　 | 　 |
| **配置对比** |
| 1、\*\*\* | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 2、\*\*\* | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 3、\*\*\* | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 4、\*\*\* | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 5、\*\*\* | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 6、\*\*\* | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 7、\*\*\* | 　 | 　 | 　 | 　 |

**科主任签字： 时间：**