# 富顺县人民医院市场调研/院内采购2020-01号公告

我院拟对五官科角膜塑形镜、软性离焦角膜接触镜等进行市场调研/采购，现面向社会公示，诚邀符合条件的供应商参加，请于2020年1月10日11:30之前报名。

一、项目相关信息

1、角膜塑形镜，近视＜400°患者使用，品牌不限，进口产品控制价4900.00/片，国产产品控制价3900.00/片，报价公司方代表须带样品到场（见第四项）；

2、软性离焦角膜接触镜，近视＞400°患者使用，品牌不限，控制价2400.00/片，报价公司方代表须带样品到场（见第四项）。

二、供应商应具备的条件及需要递交的资料

（一）供应商应具备的条件

1、具有独立履行民事责任的主体资格；

2、遵守国家法律法规，具有良好的信誉和诚实的商业道德；

 3、具有履行合同的能力；

4、所供产品符合国家、行业标准；

（二）供应商需递交的资料

1、报名函（模板见附件一）

2、法定代表人授权委托书（模板见附件二）

3、产品报价单（模板见附件三）

4、产品基本情况介绍(模板见附件四)及佐证材料（至少提供之前2月内三家其他二级或以上医院的同型号产品的发票复印件或合同复印件）

5、资质证明文件：按生产厂家及各级代理商资质证件和各公司层级授权委托书、产品资质证件的顺序，明确体现证件齐全及各层级授权关系，包括：营业执照、生产/经营许可证、税务登记证、组织机构代码证、推荐产品医疗器械注册证/备案信息、彩页、产品使用说明书等。

5.1 生产厂家资质及授权；

5.2 各级代理商资质及授权；

5.3  产品资质及彩页等。

6、提交的所有资料须合法、真实、有效、清晰，并加盖鲜章，按以上顺序编订成册（一正一副共二份），并在首页编制目录，资料的规范资料的规范完整装订作为比选的参与依据，反之视为无效文件；高于控制价的报价为无效报价。

7、提交资料须注明项目名称和公司名称并加盖鲜章后密封提交。

三、联系方式及地址

联系人：陈老师，电话：0813-7563580

联系地址：四川省富顺县富世镇吉祥路490号

四、评选配送商方式

1、拆封报价文件时间：2020年1月10日14:30

2、地点：行政楼4楼会议室

3、评选方式：对公司样品进行初筛，初筛合格产品进入比价环节，低价确定配送商。

富顺县人民医院器械科

2020年1月3日

附件一:

**报 名 函**

富顺县人民医院：

经研究，我方决定参加贵院 项目的市场调研及报价。为此，我方郑重声明以下内容，并负法律责任。

1、我方提交的所有报名资料真实合法有效。

2、如果我方的报名文件被接受或我公司中标，我方将履行报名文件中规定的每一项要求，并按我方的承诺按期、保质、保量提供货物。

3、我方理解，并认可最低报价不是比选的唯一条件，你们有选择质优价廉产品的权利。

4、我方愿按《中华人民共和国合同法》履行自己的全部责任。

5、我方同意遵守贵院有关市场调研和询价的各项规定。

报名人代表姓名、职务：

报名人单位全称（公章）

报名人代表签字：

地 址：

电 话：

QQ邮箱：

年 月 日

附件二：

**法定代表人授权委托书**

富顺县人民医院：

 （报名公司名称）法定代表人 授权我公司 （职务或职称） （姓名）为我单位本次报名授权代理人，全权处理此次（项目名称）项目市场调研和询价活动的一切事宜。

特此授权。

（附法人及授权代理人身份证复印件）

单位名称（公章）：

法定代表人签字：

授权代理人签字：

|  |
| --- |
| **附件三：****富顺县人民医院耗材报价单** |
| **报价单位(盖章): 经办人(签字)： 联系电话: qq邮箱： 日期:** |
| **承诺：凡本公司所供的产品，价格不高于给其他医院的供货价；凡挂网产品，一律按《四川省医用耗材集中挂网阳光采购系统》公示的最低价执行，不让医院扣分，否则自愿接受贵院处理。** |
| 序号 | 产品通用名称 | 产品注册证名称 | 注册证号 | 注册证有效期（例：2019-12-31） | 生产厂家 | 进口产品国内代理人 | 品牌 | 供货周期（天） | 规格型号 | 计价单位 | 包装规格 | 单价（元） | 报价依据 | 挂网产品阳光采购平台价格信息（未挂网=“/”） | 备注 |
| 至少提供之前2月内三张其他二级或以上医院发票复件价格信息（在表中填写采购单位名称，单价） | 产品流水号 | 载止上月末（历史）最低采购价（元） | 上月最低采购价（元） | 外省参考价（元） |
|  | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
|  | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| **备注：供货周期指销售公司接到使用单位的采购计划到使用单位收到货物所需要的时间。** |

附件四：

**产品基本情况介绍**

报名公司名称： 日期： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 名称 | 品牌  |  规格型号 | 生产厂家 | 注册证号/备案号 | 基本功能简介 | 主要技术参数 | 市场占有率（提供之前2月内使用该型号的三家二级或以上医院明细，并提供佐证资料，合同或发票复印件附后） | 备注 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |