# 富顺县人民医院

# 市场调研/院内采购2020-17号二次公告

我院对干式荧光免疫分析仪进行市场调研/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6月22日11:30时之前报名同时现场提交报价文件。之前6月11日11:30已经提交有效报价文件的公司由于文件已经拆封，须重新在报名截止时间内提交。

一、项目相关信息

（一）、干式荧光免疫分析仪1台，用于胸痛中心心肌五项检测和报告发送，品牌不限，控制价1万元/台，单独密封提供设备报价单（格式自拟），价格占本项目评比权重30%，未提供设备报价为无效文件；

（二）、干式荧光免疫分析仪技术参数：

1、电源：100-240V AC（±10%），50/60Hz±1Hz

2、显示/操作：

内置电脑，触屏操作。

硬件：CPU：800 MHZ

内存：≥1GB

电子硬盘：≥4GB

可以外接键盘和鼠标操作

\*3、仪器接口：

RJ45口：用于LIS连接传输数据

USB口：用于拷贝数据，须识别大容量优盘及移动硬盘；

4、工作环境：温度：10℃～30℃；相对湿度：10%～80%；工作大气压：70.0 kPa～100.0 kPa10；

\*5、加样方式：自动加样

6、清洗方式：自动清洗

7、稀释方式：自动稀释，稀释液内置，稀释位≥2个，根据试剂需要设置任意稀释比；

\*8、孵育方式：自动孵育，≥5个孵育位，温度23℃±0.5

\*9、测试数量:≥5通道（支持多项目同时测试，独立计时）

10、检测性能：

\*重复性：CV≤10%

 稳定性：σ≤10%

 线性相关性：r≥0.95

 准确性：Δn≤±10%

存储量：≥9万条

\*11、样本类型：全血、末梢全血、血清、血浆及尿液；

\*12、质控：支持质控测试，查询；

\*13、检测时间：根据不同试剂检测时间（心肌类≤10分钟出结果）；

14、即时检测：即到即检，无需等待；

15、样本条码：支持手动输入或条码枪扫码输入两种形式；

16、售后服务：经销商提供日常免费维修服务。

17、可检测项目：CK-MB、cTnI、NT-proBNP、FABP、MYO、NGAL、A2、AMH、CRP、SAA、hs-cTnI、D-Dimer、SAA、hs-cTnT、BNP、MPO、PLA2R、PCT、IL-6、25-OH-VD、S-100、HbA1c、hs-CRP、CK-MB+cTnI+MYO、SAA+CRP等。

注：以上带\*的为重要参数，不符合一项扣3分；其余一般参数不符合一项扣1分。

（三）、配套试剂，名称见附件三，五种试剂总控制价230.00元/人份，须按人份提交单价，用附件三格式另外单独报价，所报价格占本项目评比权重70%。

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、产品组成基本情况明细(模板见附件四)及佐证材料（至少提供近壹年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（含相关软件）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（一正二副共三份），并在首页编制目录，资料的规范完整装订作为比选的参与依据，参数要求的响应情况资料中应明确，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于报名截止时间之前密封现场提交。

三、报名截止日期之后医院采购小组择时现场拆封，采取综合评分法确定供应商；

评分办法：价格40%、参数50%、售后服务8%、提交资料规范性2%。

四、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

如有其他疑问，请及时联系。

器械科

2020年6月16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**：****富顺县人民医院试剂报价单** |
| **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，一律按不高于《四川省体外诊断试剂阳光采购系统》公示的价格执行，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（人份） | 包装规格（试剂还需提供检测人份数） | 单价（人份/元） | 报价依据 | 挂网产品阳光采购平台价格信息（未挂网=“/”） | 备注 |
| 至少近壹年内三张其他二级或以上医院的发票复件价格信息（在表中填写采购单位名称，单价） | 产品流水号 | 全省医疗机构平均采购价（元） |
| 1 | 肌钙蛋白 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 | 肌红蛋白 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 | 磷酸肌酸激酶同工酶 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 | D2聚体 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 | BNP |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **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：

**产品组成基本情况明细**

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（提供使用该型号的近壹年内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 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

注：1、产品名称指套件内所有组成设备明细；2、产品附件含易损的可分离常规使用附件、一次性耗材（注明通用或专用）等。