# 富顺县人民医院市场调研/院内采购2020-20号公告

我院拟对手术转运推车进行市场调研/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7月28日11:30分之前报名并现场提交报名文件。

1. 项目相关信息

手术转运推车3台，控制价2.79万元/台。

1、基本要求：

1.1规格：推车全长≥1930mm，全宽≤663mm，高低升降范围≥340mm。

1.2产品重量≤73KG。

2、基本功能：

★2.1背部升降0～70°；床板距离地面高度最低位≤510mm，最高位≥850mm。

2.2背部升降系统：背板升降由气动弹簧控制，0～70度，无级操作。

2.3高低升降系统: 通过手动调节伸缩的连杆机构控制。

3、基本配置：

3.1床板：床板应为PP树脂材料制成,保证床板的强度。

3.2框架：整体框架为钢制材料，部分铝制材料制成。

★3.3侧护板：推车两侧安装树脂材料制成的护板，可以水平固定，承重≥10kg，便于点滴穿刺；侧护板上设有角度显示，可显示背板调整角度。

★3.4床下框架配置二段式托盘：托盘分为大小、深浅不同的两部分，设有漏水孔，使用方便，托盘设置输液架收纳位。

3.5装备独立的中心第五轮系统，方便推行，推车两侧有操作踏杆。

★3.6具有导电脚轮，保证转运过程中消除静电的产生；导电脚轮为双面轮，直径≥150毫米的优质滚轮；推车四角都要安装中控锁踏杆。

★3.7转动护栏，护栏采用双重安全锁，设置护栏开关以及防止护栏开关误操作的保险装置，护栏开关设置在足侧。

★3.8护栏上设有T形凹槽，方便管道通过护栏。

3.9转运床垫：表面材料（床垫外套）为涤纶（聚酯），内芯材料为聚氨酯泡沫，防静电，3折式构造；表面材料（床垫外套）标配2套/台，四角及中段有拉链，可拆卸水洗；布料含导电线，有效消除转运过程的静电产生。

3.10输液架插孔：在推车四角各有一个输液架插孔，输液架可以被固定在插孔中。标配输液架，有输液架收藏孔。

3.11配有氧气瓶支架，氧气瓶支架可以垂直或水平安装在转运车的头部。

注：以上带★的为重要参数，不符合一项扣6分；其余一般参数不符合一项扣1.4分。

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(模板见附件三)及佐证材料（至少提供近2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）

4、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。

4.1 生产厂家资质及授权；

4.2 各级代理商资质及授权；

4.3  产品资质及彩页等。

5、提交的所有资料及参数响应须合法、真实、有效、清晰、对应明确，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，反之视为无效文件；高于控制价的报价为无效报价。

6、提交资料须注明项目名称和公司名称并加盖鲜章后报名时密封提交。

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。

富顺县人民医院器械科

2020年7月22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：

**产品报价**

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 | 质保期 | 市场占有率（按公告要求提供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） | 单价 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |