# 富顺县人民医院市场调研/院内采购2020-21号公告

我院拟对经皮肾镜进行市场调研/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8月8日11:30分之前报名并现场提交报名文件。

一、项目相关信息

1、经皮肾镜，控制价9.8万/套（大写：玖万捌仟元），本项目采购数量1套；单独提交密封报价单。

2、经皮肾镜技术要求：

2.1新型斜目镜，目镜与镜身角度：12°；

★2.2椭圆形双路管鞘：正位∅8.5 Fr/侧位∅12Fr（正位∅2.80mm/侧位∅4mm）；

2.3有效工作长度：≥235mm；

★2.4器械有效工作通道≥6Fr；

2.5镜身握持环设计符合人体工程学，持镜手法轻松；

2.6左右设计有灌注、吸引阀门开关；

2.7内置防水减压装置，防止水外泄喷漏；

2.8左右灌注、吸引阀门同镜身成90°；

2.9左右灌注、吸引阀门与镜身中心相距≤35mm；

2.10左右灌注、吸引阀门可拆卸；

2.11镜身尾端器械通道内置密封圈或封帽，且可靠耐用；

★2.12镜身尾端器械通道喇叭口接头，便于器械进入。

注：以上带★的为重要参数，不符合一项扣7.7分；其余一般参数不符合一项扣3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、产品主件、附件（含阀门开关、封帽等）基本情况报价（模板见附件三）及佐证材料（主件至少提供近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；附件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）

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、公司相关样章、样票等。

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

何老师，电话：0813-7114419

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8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：

**产品主件、附件基本情况报价**

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 | 基本功能简介 | 主要技术参数 | 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 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

注：1、产品主件指主机；2、产品附件含易损的可分离功能附件、一次性耗材（若无则不填报）。