# 富顺县人民医院市场调研/院内采购2020-26号公告

我院拟对一次性使用微创腔镜切割吻合器及组件、一次性使用肛肠吻合器及组件和一次性使用肛肠套扎器进行市场调研/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9月18日11:30时之前报名，样品可邮寄或者现场提交，具体开标时间另行通知。

一、项目相关信息

1、一次性使用微创腔镜切割吻合器及组件，品牌不限，控制价：0.55万元/套

1.1 配置要求

1.1.1 组成：主要由套管、抵钉座、切割刀、钉仓组件、固定手柄、击发手柄、吻合器钉、调节外壳等部件组成；

1.1.2 适用范围：适用于在外科手术中进行消化道的组织离断、切除和吻合；

1.1.3 产品特点：切割组织和血管时抓取良好，切割完整，一次性切割刀片，随组件同时更换，刀片始终锋锐，组织切割完整，减少组织损伤；渐进式钉仓；无论何种组件，均提供六排钉缝，提高手术的安全性；击发成钉稳定可靠；对称式人体工程学设计，左右手皆可单独完成手术；宽大的组件前段开口，方便组织纳入。纤薄钉砧设计，无需分离更大间隙，即可平滑进入，降低组织损伤；同一把枪身可配合使用所有型号的组件，同台手术中可更换组件。

2、一次性使用肛肠吻合器及组件，品牌不限，控制价：0.26万元/套

2.1 配置要求

2.1.1 组成：主要由抵钉座、钉仓、吻合钉、环切刀、活动手柄、调节螺母及其附件组成。

2.1.2 适用范围：适用于齿状线上粘膜选择性切除

2.1.3 产品特点：TST吻合器；合理的吻合钉密度，减少术后渗血；进口钛丝，提供较高强度和拉伸度；较大的钉仓空间，增加牵拉黏膜的容纳空间；根据黏膜脱垂的实际情况，可调节切除厚度；设有较小吻合间隙，避免过度压迫造成组织损伤；两种调节螺母的旋转手感不同，为使用者提供不同的选择；可保留正常的肛垫及粘膜桥，维护肛门的收缩功能，可有效预防术后吻合口狭窄。

3、一次性使用肛肠套扎器，品牌不限，控制价：0.135万元/套

3.1 配置要求

3.1.1 适用范围：1°～3°内痔的套扎术

3.1.2 产品特点：自动负压型弹力线，符合国家安全性能标准，对人体无毒、无副作用；胶圈或弹力线弹性有效，套扎痛苦轻微，并发症罕见，术后无瘢痕；带侧卧位和截石位专用肛门镜。

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）供应商需现场递交的资料

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

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，资料的规范完整装订作为比选的评分依据，配置要求的响应与否资料中应明确，反之视为无效文件，须与现场交流实际参数应一致；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、公司名称、联系人及电话号码并加盖鲜章后现场提交。

三、届时医院采购小组现场和供应商代表对所携样品交流，听取产品使用介绍和实际操作后，采取综合评分法确定供应商；

评分办法：价格35%、参数50%、售后服务8%、市场占有率5%、资质文件规范性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9月11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：**  **一次性使用微创腔镜切割吻合器及组件、一次性使用肛肠吻合器及组件和一次性使用肛肠套扎器报价单** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **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） | 产品报价依据 | 挂网产品阳光采购平台价格信息  （未挂网=“/”） | | | | 备注 |
| 提供公告发布之前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 | 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；可按此格式自行加页。** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |