# 富顺县人民医院

# 市场调研/院内采购2020-27号二次公告

我院拟对口腔科无托槽定制式矫治器进行市场调研/采购，现面向社会二次公示，诚邀符合条件的供应商参加，有意合作的合法供应商请于2020年12月17日11:30分之前提交报名文件；在2020年12月9日11:30分已提交的密封报价文件为有效文件。报名文件提交时间：工作日上午8:00～11:30，下午14:30～17:30。

1. 项目相关信息
2. 无托槽定制式矫治器，须四川省医用耗材集中挂网阳光采购系统挂网

产品；

1. 技术要求：

★2.1 无托槽定制式；

2.2 适应症：牙列拥挤、安氏II类、开合、第一前磨牙拔除、深覆合等错合畸形；

2.3 材料要求：由医用级热塑性聚合物材料制作而成，与牙齿表面贴合；厚度≤0.75毫米；哑光罗纹设计；按牙龈线进行边缘切割；提供持续轻柔矫治力；

2.4 生产工艺：采用光固化快速成型、先进的三维计算机成像技术和大规模定制化3D打印生产技术；

★2.5 针对青少年正畸患者的定制式矫治器有依从性指示功能；

★2.6 针对替牙期患者的矫治器有萌出补偿及萌出帽设计；

2.7 针对种植修复联合治疗的产品需附带快速病例评估工具，评估时间≤5分钟；

★2.8 软件要求：

2.8.1 采用计算机3D治疗方案定制软件，能实现全牙列3D方案设计与修改，模拟演示牙齿在整个治疗过程中的预期移动轨迹，可预见每个阶段治疗结果，定制软件使用期间不限次数免费升级

2.8.2 可调整附件位置、大小、角度

2.8.3 有咬合程度提示

2.8.4 有牙齿移动难度提示

2.8.5 有初始状态和现有方案叠加比较功能

2.8.6 可从单侧、咬合面、双重/并排、复合视角查看方案

2.8.7 可导出.mp4格式动画：导出角度（当前/视角/前牙/左右侧咬合视图/多角度咬合视图/合向/复合）、导出速度（慢速/正常/快速）、质量（480p/720p/1080p）

2.8.8 可导出.stl 格式方案

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；

5、为四川省医用耗材集中挂网阳光采购系统确认配送企业。

（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、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。

3.1 生产厂家资质及授权；

3.2 各级代理商资质及授权；

3.3  产品报价（见附件三）。

4、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。

5、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12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：

**产品基本情况报价**

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 | 单位 | 挂网流水号 | 截止上月末全省医疗机构最低采购价 | 供货周期 | 质保期 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

注：可按此格式自行添加调整表格。