**成武县人民医院医用耗材遴选文件**

根据临床紧急需求及医院院感委员会通过议案要求，对一次性使用鼻胃肠管、手术洞巾（PICC术）进行遴选，邀请有相应资质和具有相应供货能力的供应商，根据遴选文件要求参加本次采购活动，并提供满足要求的货物。采购项目要求如下：

**一、采购单位：成武县人民医院**

**二、项目编号：CYHCXJ20201226-1**

**三、项目名称：鼻胃肠管、手术洞巾（PICC术）遴选**

**四、作用、用途参数及要求**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **序号** | **名称** | **作用、用途参数及要求** |
| 1 | 一次性使用鼻胃肠管 | 为危重患者建立肠内通路。能够无需借助胃镜或X线影像，实现床边徒手幽门后置管，主动性置管，无需等待，即插即用，为患者提供早期肠内营养。 |
| 2 | 一次性使用洞巾（PICC术） | 符合院感要求，覆盖全身。 |

**五、报价须知**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **序号** | **项目** | **要求** |
| 1 | 基本要求 | 符合我院集中配送要求； |
| 2 | 资质要求 | 提供所报产品的营业执照（三证合一）、医疗器械生产许可证、产品注册证加盖鲜章的扫描件； |
| 3 | 联系人 | 提供加盖产品生产企业鲜章的联系人身份证扫描件及联系方式； |
| 3 | 供货周期 | 12个月； |
| 4 | 高值及挂网品种 | 凡山东省耗材集中采购平台有的品种，不接受网下产品报价；并能完成我院配送企业网上点配送； |
| 5 | 普通耗材 | 需提供不少1个完整包装样品； |
| 6 | 选择产品依据 | 由申请科室、相关管理人员、审计人员等本着”质优价廉、满足临床需求“的原则集中选定产品； |
| 7 | 时间要求 | 请于2020年1月30日12时前完成；报价单、产品资质及其他需提供的资料扫描件打包发送至”cwxqxk@163.com ”邮箱，纸质材料按照“第七条”要求装订。 |

**六、遴选文件要求：**

按照下列顺序提供报名文件一本，一律采用A4纸张，装订成册（胶粘本）装入袋内密封并在封签处贴封条加盖公章，由法定代表人（经营者）或授权代表人签字。袋外应写明报价人名称、项目名称、项目编号、联系人、联系方式。经营企业、生产企业相关资质需加盖公章；样品根据体积可选择是否放入密封袋。遴选文件制作不规范，将不予受理。

1. 资质文件要求：。

**七、遴选文件装订格式：**

1、目录

2、供应商关于资格的声明函

3、报价表（见附件）

4、经营企业、生产企业相关资质

5、报价要求的产品资料

6、关于反商业贿赂声明函

7、其他材料

**八、评审办法**

1、综合评审：确定成交供应商。评审小组对合格的供应商的以下内容进行综合分析和比较：1）货物的性能指标；2）各投标人的投标价格；3）其他优惠条件。

评审小组采用“综合实力较强、能够最大限度满足用户要求并且最终报价合理”的方法依次对各合格供应商进行评审，确定成交供应商。

2、非挂网产品报价说明

（1）所有报价均以人民币报价；

（2）所报价格为所提供产品的一次性报价，作为入围投标的主要依据之一，院方根据报价、参数、评审结果等，确定入围投标单位。入围企业如果出现产品质量符合要求、售后服务、质保、交货时间等相近，组织报价人二次报价，第二次报价为最终报价。

1. **遴选文件递交要求：**

遴选响应文件及其电子版递交截止时间为2021年1月30日12时前，逾期递交的恕不接受。如路途较远的可在规定时间内通过快递等方式递交。同时将加盖公章扫描件电子版及报价单PDF文档电子版资料发送到邮箱cwxqxk@163.com。

地点：成武县人民医院器械科

1. **联系人：**

邵主任 联系电话：0530-8618521

成武县人民医院

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **报价单** | | | | | | | |
| **产品名称** | **注册名称** | **注册/备案(号）** | **材质、规格** | **单位** | **报价** | **生产厂家** | **是否为省平台产品** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| 法定代表人或委托代理人：（签字或盖章） |  | | 联系方式 |  | | 其它优惠条件 |  |

**附件：**

**供应商关于资格的声明函**

成武县人民医院：

我公司愿针对本次 遴选进行报价。报价文件中所有关于报价资格的文件、证明与陈述均是真实的、准确的。若有违背，我公司愿意承担由此而产生的一切后果。

附：相关资格证明文件复印件

供应商（单位公章）：

法定代表人或委托代理人（签字或盖章）：

联系电话：

年 月 日

**附件四：**

**关于反商业贿赂声明函**

为建立良好的商业流通秩序，纠正行业不正之风，杜绝购销活动中的贿赂行为，建立风清气正的医疗环境，成武县人民医院要求和医院有业务关系的供货公司在正常供货活动中必须做到：

一、严格遵守《中华人民共和国合同法》、《中华人民共和国反不正当竞争法》、《中华人民共和国政府采购法》、《中华人民共和国执业医师法》、《中华人民共和国药品管理法》、《医疗器械监督管理条例》等有关法律法规。

二、供货公司工作人员在销售过程中不得向医院有关人员赠送钱财、礼品、提成、回扣或提供高档娱乐消费、借学术活动的外出旅游、学习、参观等贿赂行为。如证实存在上述行为，医院将停止采购、使用该产品并冻结其所在公司所有未付账款并终止合同，视其情形交纪检、检察部门处理。

三、和供货公司有关的销售人员不得进入临床科室进行任何形式的临床促销活动。如发现有统方、回扣或提供高档娱乐消费、借学术活动的外出旅游、学习、参观等行为，医院将停止采购、使用该产品并冻结其所在公司所有未付账款并终止合同，视其情形交纪检、检察部门处理。

四、除正常供货和医院召开的供货公司联席会外，供货公司及其与公司有业务关系的人员不得在医院出没，一经发现或有人举报，视为临床促销，医院将停止采购、使用该产品并冻结其所在公司所有未付账款并终止合同。

五、终止供货的公司被列入黑名单，五年内不再合作。

六、我公司保证做到贵院要求，如有违约甘愿接受处理。

供货公司盖章：

法人代表签字：

签定日期： 年 月 日