**杭州市临平区中医院部分医用耗材遴选**

**遴 选 文 件**

**杭州市临平区中医院**

## 2025年6月

**第一部分、遴选公告**

**因医院业务开展需要，拟对***一次性乳胶手套（无粉）***开展公开择优遴选，现将公告如下：**

**一、供应商的资质要求：**

1.具有独立法人资格或者具有独立承担民事责任的能力；

2.具有良好的商业信誉和健全的财务会计制度；

3.经营医疗仪器设备或耗材，具有履行合同所必需的设备和专业技术能力；

4.有依法缴纳税收和社会保障资金的良好记录；

5.具有符合本次遴选要求的授权委托代理，有较强的售后服务能力;

6.参加本次遴选产品需具有两定机构医疗保障信息平台产品配送企业资格；

7.能主动配合医院开展医用耗材精细化管理工作；

8.参加本次遴选活动前三年内，投标单位及法人、授权销售代表在经营活动中无重大违法记录；

9.满足《中华人民共和国政府采购法》第二十二条规定；投标人未被列入失信被执行人名单、重大税收违法案件当事人名单、政府采购严重违法失信行为记录名单，信用信息以信用中国网站（www.creditchina.gov.cn）、中国政府采购网（www.ccgp.gov.cn）公布为准；

10.法律、行政法规规定的其他条件。

**二、报名及提供资料清单：**

1、报名方式：截止时间前将资料发送到指定邮箱报名。

2、报名要求：邮件名称为项目名称+产品通用名+配送公司全称。报名资料包括报名表、营业执照、医疗器械生产许可证（如有）、第一类生产企业备案凭证（如有）、授权委托书等材料加盖单位公章后扫描成PDF文件连同产品介绍一并发送至邮箱2749077137@qq.com。

3、网上报名截止时间：2025年7月2日12：00止。

4、现场遴选需提交的资料（所有材料加盖单位公章）：

（1）报名表（附件一）；

（2）生产企业资料（提供复印件）：营业执照、医疗器械生产许可证（如有）、第一类生产企业备案凭证（如有）；

（3）配送公司（提供复印件）：营业执照、医疗器械经营许可证、第二类医疗器械企业经营备案凭证（如有）；

（4）医疗器械注册证（如有提供复印件）；

（5）销售授权委托书（附件二）；

（6）拟供产品由生产企业到最终开票供应商的逐级授权链路佐证资料（提供复印件）；

（7）提供拟供产品两定平台的中标情况截图（**截图需包含“采购类别”一栏**）；

（8）提供拟供产品的供应商在两定平台的配送资格证明截图；

（9）提供两定平台的最低价截图。（如：阳光采购、自行采购、带量采购非中选、竞价挂网等）；

（10）报价一览表（附件三）；

（11）国家认可的第三方检测机构出具的检测报告；

（12）产品介绍：至少包括拟供产品的优势及市场占有情况（提供2023-2024年浙江省三级医院名单，并提供合同及发票复印件）；展示仓储、运输、配送能力的证明资料；产品厂商、供应商的技术支持及售后服务能力证明资料。

（13）采购需求偏离表（根据采购需求中内容及要求按点制作）

（14）其他投标评分所需要的证明材料、承诺材料等。

5、联系人：李老师 （工作日8:00-12:00,13:30-16:30）

6、联系电话：0571-89270193

7、现场遴选时间与地点

（1）时间：报名审核结束后，会邮箱或电话通知，遴选时间为2025年7月3日，下午14:00。

（2）现场遴选地点：杭州市临平区中医院综合楼710号会议室。

杭州市临平区中医院

2025年6月27日

**第二部分、采购需求**

## 产品名称：一次性乳胶手套

|  |  |
| --- | --- |
| **序号** | **内容及要求** |
| 一 | **整体要求** |
| 1.1 | 根据院方实际需求，本着有利于患者，有利于医疗机构健康发展的原则，提供及时、优质的医用耗材。 |
| 1.2 | 配送方式：遵守《浙江省医疗机构医用耗材集中采购交易监督管理办法》并根据院方需要及时、足量供货，其配送服务受医院及有关部门的监督、指导和管理。 |
| ▲1.3 | 本项目所需耗材属医疗耗材，须取得医疗耗材生产许可证，经营许可证，注册证或备案表。 |
| 1.4 | 计价方式：国家两定平台最低价。 |
| 1.5 | 提供拟供产品两定平台的中标情况截图（截图需包含“采购类别”一栏） |
| ▲1.6 | 质量保证：中标人提供产品需与投标产品保持一致。所有到货的耗材使用效期不得小于使用期限的一半，每批次需提供相应的合格证件；由于耗材质量问题引起的投诉或不良后果全部由中标方承担。中标商需具有所提供产品完整的供销链。 |
| ▲1.7 | 管理规范：本项目的耗材集采及其配送服务范围，包含临平区中医院医共体所有单位；2、本产品供应商中标后，该产品将纳入浙江省医疗器械有限公司统一配送。 |
| 1.8 | 提供可证明综合管理能力、现代物流能力、网上交易能力、伴随服务能力及其他需要说明的材料 |
| 1.9 | 实施过渡期：中标服务商签订合同后，15日内提供相应的服务，不得影响医院各科室的正常运行。 |
| **二** | **产品要求** |
| ▲1.10 | 材质：采用天然橡胶乳胶制造，有足够的强度和阻隔性能； |
| 1.11 | 产品型号充足，可满足不同场合的需求； |
| 1.12 | 产品无左右手区分，一次性使用，指尖麻面； |
| 1.13 | 产品的包装：最小包装100只。 |

1. **评分规则**

本次遴选采用综合评分法，总分为100分。评标得分为各项目汇总得分，入围资格按评标得分由高到低顺序排列，得分相同的，按报价由低到高顺序排列；得分且报价相同的，按技术指标优劣顺序排列。排名第一的为第一候选人。评分过程中采用四舍五入法，并保留小数2位。投标人评标综合得分=价格分+（技术、商务分）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 评审内容 | 权重 | 主观分/客观分属性 | 投标文件中评标标准相应的商务技术资料目录\* |
| 1 | 对供应商针对“第二部分 采购需求中：二、医用耗材(器械）集中配送服务项目采购需求”各条款的响应情况进行评议，实质性技术参数(服务要求)条款以“▲”号标注，不满足者将被视为无效标。其余产品技术指标全部满足招标文件要求的得27分，每一项扣减3分。本项最高得27分，最低得0分。（以下有具体评分内容的项目，如有偏离不在此项中扣除。） | 27 | 客观分 |  |
| 2 | 样品：请提交一次性乳胶手套（中号无粉），每家单位仅可提交一款样品，多余一款视为样品无效；从外观、包装；抽取是否方便；牢固性；尺码的标准性等方面进行综合评分。 | 20 | 主观分 |  |
| 3 | 针对提供的样品，出具的CMA检测报告及SGS检测报告：不透水试验合格；3分拉伸性能符合；2分重金属检测符合；2分芳香族伯胺迁移量符合；2分尺寸符合：1分（未出具报告的不得分） | 10 | 客观分 |  |
| 4 | 突发公共卫生事件应急物资储备配送能力评价：1）提供应急物资储备能力并提供相关证明的情况，3分；（评分范围：3分；2分；1分；0分）。2）提供应急物资响应承诺和保障方案的情况，3分；（评分范围：3分；2分；1分；0分）。 | 6 | 主观分 |  |
| 5 | 因产品质量、服务等方面引起的投诉、纠纷的处理方案（评分范围：3分；2分；1分；0分）。 | 3 | 主观分 |  |
| 7 | 业绩，提供2023年1月1日至今，三级及以上医疗机构的供货协议或出库单据及对应发票，每提供一份，得1分，最高不超过4分。 | 4 | 客观分 |  |
| 8 | 价格分：满足招标文件要求且投标价格最低的投标报价为评标基准价，其他投标人的价格分统一按照下列公式计算：投标报价得分=(评标基准价／投标报价)×价格权值×100（精确到小数点后二位）； | 30 |  |  |

**附件一**：

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **项目序号** | **产品通用名** | **两定平台ID** | **医保医用耗材代码（前7位）** | **配送公司名称** | **联系人** | **电话** | **邮箱** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

**杭州市临平区中医院医用耗材遴选报名表**

**附件二**：

**销售授权委托书（格式）**

致杭州市临平区中医院：

兹授权 （姓名+身份证号） 负责本公司代理的 （*产品名称*） 在杭州市临平区中医院的参加遴选销售活动。

本授权书于 年 月 日签字生效，待此声明。

法定代表人签字：

被授权人签字：

被授权人身份证复印件（正反面加盖公章）：

|  |
| --- |
|  |

**附件三：**

**报价一览表**

**配送商名称（盖公章）： 项目编号：**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **项目编号** | **产品名称** | **规格型号** | **品牌** | **注册证号** | **两定平台ID** | **医保20位码** | **两定平台 采购类别** | **包装单位** | **价格（元）** |
|  |  | *如价格相同规格无需全部列明* |  |  |  |  | *如：中标目录1、阳光采购、带量中选等。* |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**授权代表签字：**

\*所有交易均需通过两定平台进行。

**附件四**：

**产品业绩（2023-2024年浙江省三级医院名单）**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 发票编号 | 用户名称 | 耗材名称 | 规格型号 | 品牌 | 发票金额 | 备注 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

备注：同一家医院至少提供两张发票复印件，且两张发票供货时间跨度需大于3个月。（发票复印件附后）

配送公司盖章：