**余姚市人民医院医共体医用耗材招标公告**

根据浙江省药械采购中心《关于印发浙江省“三流合一”医用耗材采购新平台推进工作方案的通知》文件精神，为积极稳妥地推进余姚市人民医院医共体医用耗材采购工作顺利进行，保证医用耗材及时供应，有效保障临床需求，尽力降低病人医疗负担，经研究决定，开展余姚市人民医院医共体医用耗材招标工作，现将相关事项公告如下：

一、报名资格：

1.具有良好的商业信誉；

2.具有医疗器械经营许可证，且投标产品符合投标人法定经营许可范围；

3.具有投标产品生产厂家或国内代理商产品销售授权书，一级代理商优先；

4.两个或两个以上公司的法定代表人为同一人的，不得同时招标，各参与公司不得围标、串标，若发现有任何违规行为，该公司永远不得参与本院的任何投标。

二、招标范围：详见招标目录（附件一）。

三、招标时间：**2024年12月11日上午8:30**。

四、招标地点：余姚市人民医院行政三楼306会议室。

五、供应商提交材料：

1.营业执照复印件（每级代理均需提供）；

2.医疗器械经营许可证复印件（每级代理均需提供）；

3.投标产品销售授权书，医疗器械注册证；

4.法人代表授权委托书（含法人代表和被授权人的身份证复印件）（附件二）；

5. 产品质量与服务承诺书（附件三）；

6.供应商简介

包括供应商名称、注册地址（及仓库地址）、企业性质、成立时间、注册资本、经营情况（2023年财务报表）、经营范围、宁波大市内发生业务关系的医疗机构名称及数量、物流途径等内容；

7.报价单（附件四）

1）供应商按目录分别报价，单独装入信封封口，在报价单及信封封口处加盖企业公章，信封上注明报价医用耗材的序号、名称及规格。报价单请单独装订，并在招标当天递交。

2）对于已经在我院供货的产品，投标报价不得高于现供货价，且不得高于两定平台查询价格；

3）为防止出现恶意扰乱招标程序的报价，投标人报价明显高于市场价或明显低于成本价的，视为无效投标处理。

8.拟参与招标医用耗材报名表（按招标目录次序排列，附件五）；

9.参加招标时随带样品（样品上粘贴便签注明目录序号、耗材名称、投标单位、产品相关质量认证等内容）。

**10.参加招标时随带投标产品供货量凭证（供货量凭证要求投标产品在两定机构医疗保障信息平台上的近1年三级医院供货量截图）。**

**以上资料均需加盖企业公章，须保证提交材料真实有效，如有弄虚作假，将取消投标资格，列入黑名单，三年内不再允许参加本院任何招标。**

六、招标确定程序

（一）组织机构的建立

成立医用耗材询价工作小组，由院纪委书记及分管领导任组长，成员由医务部、耗材采购组成员、纪委监察与审计室成员、财务核算人员及临床专家等组成。

（二）招标流程：

1.对外发布公告：提前一周通过卫健局或医院外网发布余姚市人民医院医共体医用耗材招标公告。

2.供应商报名：

供应商应于**2024年12月9日16:00**前，将医用耗材报名表（见附件五）发送至邮箱yysrmyycgzxhc@163.com，邮件名注明医用耗材招标报名表，逾期不再接受。报名后未在规定招标时间参加招标的供应商，视为自动放弃。询价工作小组工作人员在院纪委监察与审计室监督下开启邮箱。

\*两定机构医疗保障信息平台（以下简称两定平台）上有同类产品的，投标产品必须提供产品ID，无法提供的不允许报名，产品ID正在申请中的产品如到开标日还无法查询则取消招标资格。

\*两定平台上无同类产品的，允许投标产品无产品ID。

联系地址：余姚市人民医院行政楼辅楼西北角2楼采购中心耗材仓库（近医院西2门出入口）。联系人：倪老师。联系电话：0574-62619204。

3.供应商递交资料：

供应商将《供应商提交材料》1-7项内容一式五份于招标当天现场递交。

4.招标：在院纪委监察与审计室监督下，按医用耗材招标目录序号由询价工作小组与供应商代表（具有法人授权）逐一进行招标。供应商携带样品、产品相关资料，现场上交报价单，当场拆封唱价。阳光采购类医用耗材填写招标结果，双方代表签字确认。

5.招标结果确认：招标结束后供应商代表离场，询价工作小组根据评分标准进行综合评分，作为后续专家论证会和医用耗材管理委员会评判依据，经医用耗材管理委员会审议通过后，确认最终结果。

价格是招标确定的重要因素之一，但不是唯一依据。

6.最终结果公示：经专家论证会、耗材管理委员会审议通过后，确认最终结果，将结果在余姚市人民医院官网公示三个工作日。

7.签订合同：如在公示期内未收到负面信息，公示期结束后一周内，供应商完善相关备案资料，并签订合同。如遇政策调整，应按相关政策执行，本合同作废。如因价格调整，导致平台最低采购价比余姚市人民医院医共体合同价低10%，医院将考虑重新启动招标。

七、递交的招标资料均不退回，且不对未成交人作未成交解释。供应商在参加招标过程中产生的一切费用，均由供应商自己承担。

余姚市人民医院医共体

**2024年12月5日**

**附件一：招标目录（第2次发公告）**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **序号** | **品名** | **\*适用范围及性能要求** |
| 1 | 一次性使用医用激光光纤 | 用于大隐静脉主干激光闭合治疗。适配机型：静脉曲张激光治疗仪(优福通)，型号：LASEmaR1500。 |
| 2 | 可吸收钉修补固定器 | 适用于腹腔镜以及开放手术中，固定疝补片等对软组织进行修补的材料。 |

**附件一：招标目录（第3次发公告）**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **序号** | **品名** | **\*适用范围及性能要求** |
| 3 | 盆底修补网 | 适用于盆底组织的修复重建，阴道前后壁和阴道穹窿脱垂及脱垂合并病症。 |
| 4 | 棉签 | 用于手术或穿刺部位的皮肤、机械创伤及器械的局部涂抹消毒剂。规格要求：8-8.5cm。包装要求：50支装，无菌。 |
| 5 | TTF-1单抗 | 用于冰冻切片中甲状腺肿瘤的诊断和鉴别诊断，肺腺癌和鳞癌术中冰冻切片的诊断和鉴别诊断。规格要求：≤3ml。 |
| 6 | TG单抗 | 用于冰冻切片中甲状腺肿瘤原发性癌与转移性癌的诊断和鉴别诊断。规格要求：≤3ml。 |
| 7 | SMA单抗 | 用于平滑肌来源肿瘤术中冰冻切片的诊断和鉴别诊断。规格要求：≤3ml。 |
| 8 | P63单抗 | 用于乳腺良恶性病变术中冰冻切片的诊断和鉴别诊断，对一些疑难乳腺癌病例的确诊起到关键作用。规格要求：≤3ml。 |
| 9 | E-CA单抗 | 用于乳腺良恶性病变术中冰冻切片的诊断和鉴别诊断，规格要求：≤3ml。 |
| 10 | CK5/6单抗 | 用于肺良恶性病变术中冰冻切片的诊断和鉴别诊断。规格要求：≤3ml。 |
| 11 | CK19单抗 | 用于乳腺良恶性病变术中冰冻切片的诊断和鉴别诊断，对一些疑难乳腺癌病例的确诊起到关键作用。规格要求：≤3ml。 |
| 12 | Calponin单抗 | 用于冰冻切片中甲状腺乳头状癌的诊断及鉴别诊断。规格要求：≤3ml。 |
| 13 | Calcitonin单抗 | 用于冰冻切片中甲状腺肿瘤神经内分泌肿瘤的诊断及鉴别诊断。规格要求：≤3ml。 |
| 14 | BrafV600e | 用于冰冻切片忠甲状腺肿瘤的诊断及鉴别诊断。规格要求：≤3ml。 |
| 15 | 免疫显色试剂套装 | 用于冰冻切片制作过程中的辅助试剂。规格要求：100-150人份 |
| 16 | 一次性医用压力延长管 | 用于ECMO动脉导管侧枝的建立。直径要求：1.8mm-2.0mm。长度要求60cm-110cm. |
| 17 | 胸腔水封引流瓶 | 品适用于各种原因引起的气胸、胸腔积液及手术后需要进行闭式引流的病人。规格：1500ML.带三通调节功能。 |
| 18 | 染色液 | 用于血细胞、骨髓细胞进行染色。 |
| 19 | 一次性塑料吸管 | 用于样本移液。规格：1ml。 |
| 20 | 蔡司显微镜无菌防护罩 | 适用于蔡司显微镜 S8\S88 。大小122cmX300cm |
| 21 | 雅培AXSYM免疫发光仪杯 | 适用于雅培AXSYM免疫发光仪标本上机杯。 |
| 22 | 骨髓铁染色试剂 | 用于怀疑铁代谢有关的血液系统疾病时，需要对骨髓片进行铁染色形态学染色观察使用。 |
| 23 | 一次性使用塑料血袋 | 1.用于患者贮存式自体输血。2.规格：400ML、300ML。3.血液保存期为35天。 |
| 24 | 一次性二氧化碳采样管 | 1.进行功能残气量和代谢的监测，以指导合适PEEP的设定及热卡供给。2.呼吸机型号：GE CARESCAPE R860。 |
| 25 | 一次性肺功能导管 | 1.进行功能残气量和能量代谢的监测，以指导合适的PEEP设定及热卡供给.2.呼吸机型号：GE CARESCAPE R860。 |
| 26 | 人工鼻模 | 用于塌鼻畸形的矫正整形，以改观外形，达到美容的目的。 |
| 27 | 颞部假体 | 用于颞部凹陷畸形，填充后能明显改观外形，达到美容目的。 |
| 28 | 人工下颌 | 用于小颌畸形的矫正畸形，使外形明显改观，达到美容目的。 |
| 29 | 牙胶尖 | 用于根管治疗中根管充填、封闭。规格要求：10-80号.锥度分别包括02.04.06 |
| 30 | 牙胶尖吸潮纸 | 用于根管治疗干燥用。规格要求：10-80号.锥度分别包括02.04.06。 |
| 31 | 缓冲液 | 用于结核杆菌检测时灭活杂菌、稀释样本。 |
|  |  |  |

**评分标准**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 投标单位  分值 | | | 分值 |
| 技术商务分 50分 | 1.产品适用符合性（9分） | 根据投标人提供的产品注册证、产品彩页、技术资料等对产品适用符合性综合评价。  产品规格齐全，优于采购人需求的，得3分；  产品规格满足采购人需求的，得1分；  产品规格不齐全不得分。 | 3 |
| 产品适用范围包含且优于采购需求的，得3分；  产品适用范围与采购人需求一致的，得1分；  产品适用范围不符合采购人需求的不得分。 | 3 |
| 产品技术性能优于采购人需求的，得3分；  产品技术性能与采购人需求一致的，得1分；  产品技术性能差无法满足采购人需求的不得分。 | 3 |
| 2.样品质量（20分） | 投标人根据提供的产品，从生产工艺、样品种类、包装、材质、结构设计等方面进行综合评价。提供样品种类齐全0-5分； | 5 |
| 生产工艺0-3分； | 3 |
| 产品材质0-3分； | 3 |
| 产品结构设计0-3分； | 3 |
| 产品包装0-3分。 | 3 |
| 产品质量合格。提供CE认证得1分，FDA认证得1分，CMA报告得1分，不提供得0分。 | 3 |
| 3.产品线上采购情况（2分） | 产品有两定平台代码能够线上采购的，得2分，提供正在申请代码截图的得1分，无法提供代码截图或没有代码的得0分。 | 2 |
| 4.供货方案 （3分） | 根据投标人提供的供货方案（包括货物交付时间节点、落实送货时间和人员安排、确保按期交付使用措施等）进行评定。在接收到耗材订单后，能够24小时内送达得3分；48小时内送达得1分；超过48小时得0分。 | 3 |
| 5.应急服务方案 （3分） | 根据投标人提供的应急服务方案（包括备货情况、紧急供货时限、送货方式、人员安排等）进行评定，得0-3分 | 3 |
| 6.售后服务能力（3分） | 根据投标人提供的售后服务方案进行综合评定，包括售后服务能力、售后服务点设置、备品备件及退换货等方面是否便捷和迅速进行判定，得0-3分。 | 3 |
| 7.两定平台最低价承诺（5分） | 投标人投标的产品价格低于两定平台最低价得5分，平台最低价得3分，高于平台最低价不得分。 | 5 |
| 8.供应商业绩（5分） | 投标人每提供2023年1月至今三级医院的销售记录，每提供一家医院得1分，最高5分。（要求提供发票复印件或两定平台采购记录或合同复印件，盖红章有效。） | 5 |
| 价格分 50分 | 9.产品价格（50分） | 对各家的投标报价进行评审（50分）  基准价=所有有效投标中的最低报价  基准价报价得50分  投标价得分=（基准价/投标价）×50 (投标价得分以四舍五入方法整合到小数点后一位) | 50 |

**附件二：**

**法定代表人授权书**

致余姚市人民医院医共体：

（*供应商全称*）法定代表人*（姓名、职务）*授权（*被授权代表姓名、职务*）为本公司合法代理人，参加贵院组织的 (*产品序号名称*) 项目的招标活动，代表本公司处理招标活动中的一切事宜。

本授权书于年月日签字生效,特此声明。

法定代表人（签字）：

供应商单位全称（公章）：

日期：

被授权代表姓名：（印刷体）

职务：

被授权代表签字：

详细通讯地址：

邮政编码：

传真：

电话：

EMAIL：

附：*身份证复印件*

**附件三：**

**产品质量与服务承诺书**

**余姚市人民医院医共体：**

公司本着规范生产，合法经营的原则，特对贵院承诺如下：

1. 我公司销售的医疗器械产品质量符合国家标准，公司各种证照齐全。
2. 我公司提供完善的销售供应和售后服务保障体系，接到供货通知后,在24小时内送货；加急情况下随叫随送，并负责货物搬运入库。
3. 若产品不符合医院需求、外包装破损或存在质量问题，我公司无条件更换或退货。不以任何理由擅自停止产品的供应，否则贵方有权终止与本公司所有业务并追究由此造成的损失。
4. 本公司销售的产品因质量问题或售后服务不当引起的医疗事故、医疗纠纷，本公司承担事故处理及责任赔偿等相应的责任。
5. 公司承诺此次招标报价不高于公司在省内其他医院的供货价。
6. 协助医院廉政、廉洁行医建设，依法文明经商。不采用不正当或非法的经营手段。如有不正当或非法经营活动，本公司愿承担一切相应的责任。

供应商名称（盖章）：

法定代表人（签字）：

日期： 年 月 日

**附件四：**

报价单

供应商（盖章）：

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 产品序号 | 产品名称 | 产品型号 | 生产厂家 | 产品相关认证 | 报价 | 备注 | 产品ID |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

供应商（盖章）：

被授权代表（签字）：

日期：

**附件五：**

医用耗材报名表

供应商（盖章）：

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 产品序号 | 产品名称 | 产品型号 | 生产厂家 | 产品相关认证 | 备注 | 产品ID |
|  |  |  |  |  |  |  |

供应商（盖章）：

被授权代表（签字）：

联系电话：

日期：