**宁波大学附属阳明医院(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，为积极稳妥地推进宁波大学附属阳明医院（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，开展宁波大学附属阳明医院（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：**2025年5月14日上午8:30**。

四、招标地点：宁波大学附属阳明医院（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（2024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，并注明医院等级）。**

**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：提前一周通过政采云发布宁波大学附属阳明医院（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**2025年5月12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：宁波大学附属阳明医院（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、医用耗材管理委员会审议通过后，确认最终结果，将结果在政采云公示一个工作日。

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。除不可抗力因素外，如因厂家或供应商涨价，医院将考虑重新启动招标；如供应商中标后未及时（3个工作日内）维护产品目录或首次供货时无法在规定时间响应订单（下单后3天内到货），医院有权取消该产品的中标资格，根据综合评分从高到低依次选取替换原中标方，并将结果重新进行公示，原中标商列入我院黑名单，三年内不得参与所有采购项目。

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。

宁波大学附属阳明医院（余姚市人民医院）医共体

**2025年5月8日**

**附件一：招标目录（第1次发公告）**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **品名** | **\*适用范围及性能要求** | **限价（元）** |
| 1 | 聚氨酯透明敷料 | 该敷料要求开口，用于固定动脉导管。规格要求：7cm\*9cm。 | 7.00 |
| 2 | 透明薄膜敷贴 | 产品可用于覆盖和保护导管部位和伤口，为伤口愈合维持一个湿润的环境，以便于进行自溶清创术。亦可用作第二级敷料，保护皮肤受损，将器械固定在皮肤上，也可用作护眼罩。规格要求：10cm\*（11-12）cm。 | 12.00 |
| 3 | 无菌敷贴 | 供清创后的外伤、术后创口作敷贴用，也可用于静脉输液导管的固定，带防水功能。规格要求：6cm\*7cm。 | 1.09 |
| 4 | 中心静脉置管护理套件 | 用于经外周穿刺置入的中心静脉导管或植入式输液港的消毒和维护。 | 26.00 |
| 5 | 急速生物综合挑战测试包 | 用于高温、高压灭菌监测。监测时间不超过30分钟。 | 255.00 |
| 6 | 一次性医用中单 | 产品由无纺布制作而成，供临床单位作床垫或床单使用。适用于床长度250cm，床宽度100cm。 | 3.85 |
| 7 | 一次性医用中单 | 产品由无纺布制作而成，供临床单位作床垫或床单使用。适用于床长度230cm，床宽度90cm。 | 2.85 |
| 8 | 一次性医用中单 | 产品由无纺布制作而成，供临床单位作床垫或床单使用。适用于床长度210cm，床宽度80cm。. | 2.55 |
| 9 | 一次性医用中单 | 产品由无纺布制作而成，有松紧带，供临床单位包裹镜子转运车.长度≥90cm，宽度≥70cm. | 1.16 |
| 10 | 一次性使用无菌医用垫单 | 产品供临床护理作防污用。长度≥60cm，宽度≥50cm，要求独立包装。 | 0.78 |
| 11 | 一次性使用无菌医用垫单 | 产品由无纺布制作而成，供临床单位作床垫或床单使用。适用于床长度150cm，床宽度75cm。. | 2.25 |
| 12 | 一次性使用无菌医用垫单 | 产品由无纺布制作而成，供临床单位作床垫或床单使用。适用于床长度140cm，床宽度65cm. | 1.70 |
| 13 | 医用护理垫(看护垫) | 产品由无纺布制作而成，供临床单位作床垫或床单使用。长度≥60cm，宽度≥60cm。吸水层≥1层。 | 0.72 |
| 14 | 医用瓶口贴 | 用于输液瓶瓶口保护，防止污染。 | 21.50 |
| 15 | 医用石蜡棉球 | 用于医疗器械表面润滑。 | 0.48 |
| 16 | 一次性使用手术衣 | 1.采用无纺布缝制制成，袖口采用橡皮筋或螺口材料制成；2.手术衣前面和袖子为关键区域，阻微生物穿透，3.抗渗水。 | 8.50 |
| 17 | 一次性使用手术洞巾 | 产品由无纺布制作而成，并在无纺布适当位置开洞，供医疗单位临床手术时防护、隔离用。长度≥110cm，宽度≥78cm。 | 1.35 |
| 18 | 一次性使用水冷不沾电凝镊 | 与高频电刀配用，在双极模式下实现对组织的电凝。 | 227.50 |

**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** | **限价** |
| 19 | 塑料试管 | 规格要求：13\*78mm。 |  |
| 20 | 染色液 | 用于血细胞、骨髓细胞进行染色。 |  |
| 21 | 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。 |  |
| 22 | 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。 |  |
| 23 | 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。 |  |
| 24 | 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。 |  |
| 25 | 营养琼脂 | 用于平板倾注法院感环境监测。粉剂。 |  |
| 26 | TGE琼脂培养基 | 用于平板倾注法院感环境监测。粉剂。 |  |
| 27 | 酸性酒精溶液 | 用于抗酸染色。 |  |

**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2024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**

致宁波大学附属阳明医院（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**

**宁波大学附属阳明医院（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：