## 重庆市巴南区第二人民医院

## 2025年4月部分高值医用耗材遴选采购

（第二次）

为了更好地服务患者，满足医疗事业发展的需要，我院需遴选以下高值医用耗材一批（第二次），欢迎资质齐全、信誉良好，有供应能力，且符合条件的供应商报名。

1. 拟采购医用耗材（器械）名称及要求清单

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 医用耗材（器械）名称 | 规格 | 单位 | 技术参数 |
| 3 | 盆底修复片 | 全规格型号 | 片 | 适用于骨盆底缺陷修复 |
| 12 | 颅颌面固定系统 | 全规格型号 | 套 | 产品由金属接骨板和金属接骨螺钉组成，适用于中面部外伤、颅骨外伤、颅面手术、重建手术以及上颌、下颌正颌手术的内固定。 |

   二、投标（销售）企业**资质要求**

（一）投标企业应具有良好的商业信誉和健全的财务会计制度；具有履行合同所必需的设备和专业技术能力；有依法缴纳税收和社会保障资金的良好记录；参加政府采购活动前三年内，在经营活动中没有重大违法记录（检查内容：基本资格条件承诺函）。须提供以下资质证明文件资料：

1.取得重庆药品交易所注册会员资格，提供在重庆药品交易所会员截图。

2.投标企业《营业执照》和产品生产企业《营业执照》。

3.投标企业法定代表人身份证明书、法定代表人签发的授权委托书（须明确授权范围）及身份证明。

4投标价格、质量及售后服务保证书、诚信守法承诺书（必须由投标企业法定代表人签字并加盖公司公章）及产品介绍、彩页资料等材料。

（二）所投产品属于医疗器械的，投标企业须提供以下资质证明文件：

1.投标企业《营业执照》和相应的《第二类医疗器械经营备案凭证》或《医疗器械经营许可证》。

2.产品生产企业《营业执照》和相应的《第一类医疗器械生产备案凭证》或《医疗器械生产许可证》。

3.根据产品所对应的医疗器械类别提供相应的《第一类医疗器械备案凭证》或《医疗器械注册证》及其附件。

4.投标企业法定代表人身份证明书、法定代表人签发的授权委托书（须明确授权范围）及身份证明。

5.提供生产企业委托代理经销授权书（进口产品须由委托单位法定代表人签字或盖章，国产产品须加盖委托单位鲜章）。

6.投标价格、质量及售后服务保证书、诚信守法承诺书（必须由投标企业法定代表人签字并加盖公司公章）及产品介绍、彩页资料等材料。

三、产品的质量要求

1.中选人应按照国家相关要求，做好产品质量管控，对提供医用耗材质量负全责。所提供产品必须确保有效期在6个月及以上，不可提供过期或即将过期的产品。若未按约定提供有效期不足半年、即将过期的产品且不退换的，或提供过期产品的，医院有权随时终止合同。

2.中选人首次供应产品和更换批次产品时须提供相应产品的注册证、生产许可证、合格证明等相关证明材料。

**3.提供的产品的运输符合国家规范要求，采购人按产品相关验收规定进行验收，对验收不合格产品，供应商无条件更换合格品。**

**四、商务要求**

1.供应商须按要求提供各相应品牌的产品，通过重庆市药品和耗材招采平台订单采购，供应商所提供产品价格不得高于合同约定价，且不得高于每批采购时重庆市药品和耗材招采平台近一年最低成交价或挂网限价。

2.交货时间与交货地点：供应商收到医院采购订单计划后，次日起72小时内送货到医院指定交货地点，由采购人组织验收。

**3.报价为包干价（包括但不限于耗材制造费（含辅材）、人工费、运输费、保险费、装卸费、安装费、仓储费、检测费、配送费、术中跟台服务、各种税费等全部费用）。**

4.付款方式：成交供应商提供发票后，采购人根据重庆药品交易所规定和医院内控制度要求及合同约定，每月对账后按政策要求进行结算。

5.若中选产品有厂家断货或停货等特殊情况时，供货商必须提前15个工作日书面告知采购人，并备好缺货期间的货源，如未提前通知采购人导致缺货的经济损失、医疗纠纷赔偿等由中选人承担，采购人有权向中选人索赔，并可终止合同。

6.采购人库存临近效期3个月的医用耗材，供应商无理由免费退换。

7.如国家相关耗材监督部门抽检耗材，所抽检耗材由成交供应商负责提供。

8.成交供应商应充分考虑采购人作为特殊行业在应急时的需求，提供应急配送保障措施方案，提供24小时售后服务电话，如采购人有应急需求，供应商应积极配合采购人在24小时内完成产品配送。。

9.成交供应商必须于24小时内完善采购人使用产品所有的手续，如未在规定时间内完成相关手续导致的后果，由中选人承担。

10.成交供应商提供产品须与响应文件一致（品牌、规格、价格），若提供产品与响应文件有差异，且未经采购人确认的，采购人有权单方面取消其成交资格。

11.如患者使用中选人提供的医用耗材后，因产品质量问题引发医疗纠纷时，中选人无条件免费提供同等规格和材质的医用耗材，并赔偿因此给采购人和患者造成的损失。中选人负责提供由专业机构出具的涉事产品质量鉴定报告。

12.中选人须具有满足采购人临床备货需求的能力，使用中发现非院内感染而受污染的材料，中选人需无条件更换。

13.合作期间如遇政策性文件或医院业务发生变化，则按政策性文件及医院决策执行。合同期满后，如涉及到产品后续售后及服务的，供货商应继续无条件服务至所有产品后续事宜结束，否则，中选人将不得参与医院以后的任何采购项目。

14.本次遴选结果，采购人有权根据实际情况无条件提前终止项目供应服务，成交供应商应无条件遵从。

**六、其他要求**

**1.投标的医用耗材国家医保码在重庆医保两定系统可查询，或在重庆市药品和医用耗材招采管理系统中已维护耗材代码。**

2.实施期限：本批耗材采购合同为期**3**年（2025年7月至2028年6月），一年一签（第一年、第二年结束年度考核合格签下一年合同）。

3.中选企业收到采购人中标通知书后，30日内与采购人签订书面合同，和**重庆市药品和医用耗材招采管理系统器械合同**。

**七、遴选标准**

**医院组织专家主要对投标产品的价格、参数和样品，结合商务、药交所挂网情况等内容进行综合评审。**

**（一）报价要求**

**1.**投标人每项所报单价包含所投产品递交规格型号单价。

**2.**报价高于重庆药品和医用耗材招采管理系统挂网限价为无效报价。

3.“序号10、11”两项需同时报价，仅报送1项视为无效报价。

4.未提供样品，按无效处理。

（二）其他要求

1.投标企业近两年内二级及以上医院医用器械配送合同，如有请提供。

2.投标产品近两年内在二级以上医院使用的凭证，如有请提供。

3.投标企业提供组织架构图及投标前半年社保缴纳情况。

4.仓储能力，提供仓库资料证明（产权或者租赁合同）；配送服务：提供车辆资料证明（行驶证或者租赁合同），专业人员资质证明。

5.投标企业提供所投产品样品。

**七、报名须知**

**1.从发出公告起，**请符合要求且能提供采购医用耗材（器械）名称及要求清单的投标人于2025年4月28日14:30前将相关报名资料提交至重庆市巴南区第二人民医院采购办，逾期不接受相关资料。

**2.首次挂网时间为5个工作日，如投标公司不满足三家，将进行第二次挂网（挂网时间为3个工作日），如仍不满足三家，将进行第三次挂网（挂网时间为3个工作日）。**

**3.资料装订顺序**

（1）投标人报名表(须提供电子版，如与纸质版不一致，后果自负)

（2）法定代表人身份证明书、法定代表人授权委托书

（3）基本资格条件承诺函

（4）供应商在重庆药品交易所会员截图

（5）商务条款差异表

（6）产品全套资质、质量及售后服务保证书、诚信守法承诺书（必须由投标企业法定代表人签字并加盖公司公章）及产品介绍、彩页资料、应急配送保障措施方案、产品样品清单等材料。

（7）配送服务相关资料。

**以上资料提供加盖公章（鲜章）的原件或复印件。**

**附件：1.法定代表人身份证明书、法定代表人授权委托书（格式）**

**2.基本资格条件承诺函（格式）**

**3.医用耗材遴选投标人报名表**

4.商务条款差异表

5.产品样品清单

医学装备科：李老师、周老师，023-62867396

采购办：刘老师、李老师，023-62867363

重庆市巴南区第二人民医院

2025年4月24日

附件1

法定代表人身份证明书（格式）

项目名称：

致：重庆市巴南区第二人民医院：

（法定代表人姓名）在 （供应商名称）任 （职务名称）职务，是（供应商名称） 的法定代表人。

特此证明。

（供应商公章）

年 月 日

法定代表人电话：XXXXXXX

（附：法定代表人身份证正反面复印件）

法定代表人授权委托书（格式）

项目名称：

致：重庆市巴南区第二人民医院：

（供应商法定代表人名称）是 （供应商名称）的法定代表人，特授权 （被授权人姓名及身份证代码）代表我单位全权办理上述项目的报名、遴选等具体工作，并签署全部有关文件、协议及合同。

我单位对被授权人的签署负全部责任。

在撤销授权的书面通知以前，本授权书一直有效。被授权人在授权书有效期内签署的所有文件不因授权的撤销而失效。

被授权人： 供应商法定代表人：

（签署或盖章） （签署或盖章）

（附：被授权人身份证正反面复印件）

（供应商公章）

年 月 日

被授权人电话：XXXXXXX

注：

1.若为法定代表人办理并签署响应文件的，不提供此文件。

附件2

基本资格条件承诺函（格式）

致重庆市巴南区第二人民医院：

（供应商名称）郑重承诺：

1.我方具有良好的商业信誉和健全的财务会计制度，具有履行合同所必需的设备和专业技术能力，具有依法缴纳税收和社会保障金的良好记录，参加本项目采购活动前三年内无重大违法活动记录。

2.我方未列入在信用中国网站（www.creditchina.gov.cn）“失信被执行人”、“重大税收违法案件当事人名单”中，也未列入中国政府采购网（www.ccgp.gov.cn）“政府采购严重违法失信行为记录名单”中。

3.我方在本项目合同签订前后随时接受采购人的检查验证，配合提供相关证明材料，证明符合《中华人民共和国政府采购法》规定的投标人基本资格条件。

我方对以上承诺负全部法律责任。

特此承诺。

（供应商公章）

年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 医用耗材遴选投标人报名表 | | | | | | | | | |
| 报名单位（加盖公章） | | |  | | | | | | |
| 报名项目名称 | | | 重庆市巴南区第二人民医院2025年4月部分高值医用耗材遴选 | | | | | | |
| 报名单位联系地址 | | |  | | | | | | |
| 报名单位联系电话 | | |  | | | | | | |
| 法定代表人姓名 | |  | | 法人身份证号码 |  | | | | |
| 报名日期 | | | 年 月 日 | | | | | | |
| 联系人 | |  | | 联系电话 |  | | | | |
| 联系人地址 | |  | | 联系人身份证号码 |  | | | | |
| **产品清单** | | | | | | | | | |
| **序号** | **产品序号 （为遴选清单中的序号）** | **产品名称** | **规格** | **型号** | **生产厂家** | **单位** | **报价** | **产品药交所编码** | **国家医保码** |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| … |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| （注：以上表格可加页） | | | | | |  |  |  |  |

附件3

附件4

商务条款差异表

采购项目名称：

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 遴选商务要求 | 投标商务应答 | 差异说明 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

投标人：                法定代表人或法定代表人授权代表：

   （投标人公章）              （签字或盖章）

                        年     月     日

附件5

产品样品清单

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **编号**  **（自编号）** | **产品序号** | **产品名称** | **规格/型号** | **生产厂家** | 样品份数 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

（注：以上表格可加页）