鹰潭一八四医院医用耗材询价公示

鹰潭一八四医院将于近期公开组织部分医用耗材询价，欢迎符合资格条件供应商报名参与。现就拟采购项目情况及相关要求公告如下：

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **使用科室** | **耗材名称** | **规格型号** | **厂家** | **备注** |
| 1 | 检验科 | B族链球菌核酸检测试剂盒（PCR-荧光探针法） | 单管单人份，20人份/盒 | / |  |
| 2 | 病理室 | 无水乙醇 | / | / |  |
| 3 | 病理室 | 二甲苯 | / | / |  |

一、采购询价项目

1.1供货协议周期3年。可根据医院需求，随时与供应商解除合约。

1.2参加的供应商需保证所报医用耗材价格相对稳定，不得以低价中选，后以各种理由要求涨价，也不得以因产品挂网要求必须按挂网价格采购否则拒绝提供医用耗材，一旦发生上述情况其公司进入医院黑名单，三年内不得参与医院任何形式的招标。

1.3为鼓励不同品牌的充分竞争，如某耗材的某技术参数或要求属于个别品牌专有，则该技术参数及要求不具有限制性，供应商可对该参数或要求进行适当调整，但这种调整整体上要优于或相当于询价文件的相关要求，并说明调整理由，且该调整须经评委会审核认可。

1.4本项目服务纳入SPD管理。

1.5若遇国家、省、市、融通集团公司政策性文件要求，中选供应商应无条件接受。

1.6付款方式：货款汇款周期十二个月，凭乙方开具的供货发票据实结算。

1.7挂网医用耗材须在江西省医保平台建立报价耗材配送关系。

1.8如因产品质量等问题导致的医疗纠纷和事故，由供应商承担。

1.9年度预采购量供参考。

1.10供应商可根据自身供应能力，选择表内部分或全部耗材进行响应。

二、供应商条件要求

2.1满足法律法规的要求，包括：

2.1.1具有独立承担民事责任的能力；

2.1.2具有良好的商业信誉和健全的财务会计制度；

2.1.3具有履行合同所必须的设备和专业技术能力；

2.1.4有依法缴纳税收和社会保障资金的良好记录；

2.1.5参加此采购活动前三年内，在经营活动中没有重大违法记录；

2.1.6符合法律、法规规定的其他条件。

2.2单位负责人为同一人或者存在直接控股、管理关系的不同供应商，不得参加同一合同项下的采购活动。

2.3被人民法院列为失信被执行人的潜在供应商不得参加本次询价，否则其响应无效。

2.4本项目不接受联合体参加。

三、报名资料【所有材料均须加盖单位公章（鲜章），任何形式的电子印章、电子签名或打印公章均不予认可】

3.1所有耗材按序号分项报价，每个序号产品分别做密封报价函。

3.2密封报价函封面填写所报耗材序号、耗材名称、供应商名称及联系方式。

3.3报价名称及规格按注册证或备案凭证名称及规格填写。

3.4报价函与产品资质信息分开密封包装，不同序号耗材资质信息分别做密封包装。产品资质信息包括但不限于以下内容（所有内容必须齐全且内容清晰，按以下顺序装订，资质信息格式详见附件）

3.4.1供应商营业执照

3.4.2医疗器械经营许可证

3.4.3生产厂家营业执照

3.4.4医疗器械生产许可证

3.4.5满足参数的证明材料

3.4.6产品注册证或备案凭证（若纳入医疗器械管理），且报价名称须为注册证名称或备案名称。

3.4.7 生产厂家的纸质授权证明（分级授权须逐级提供，且须提供各级授权公司资质）及江西省医保平台建立配送关系截图（挂网耗材需提供）。

3.4.8 法定代表人授权委托书，委托书需附法人及被授权人身份证复印件；

**3.4.9 提供近两年内至少有一家江西省内三甲医院所报耗材供货发票（发票日期需在询价公示发布日之前）及随货同行单依据，有任何违规行为，供应商纳入医院黑名单；**

3.4.10 廉洁销售和质量保证承诺书

3.4.11 无违法记录声明

3.4.12 公示要求提供的其它材料（若有）

3.5单个序号品目必须全部齐全才可报名。

3.6产品若在江西省医保公共服务平台内的，须符合两票制相关规定，且报价时须提供挂网ID号及挂网价（报价不得高于挂网价）或标注备案。

3.7产品若有27位医保编码，需在报价单上备注，中标供应商需及时提供医保贯标码（可以收费的项目），若由此造成漏费均由供应商自行承担。

四、获取采购文件

本项目无需获取采购文件，请按照本询价公示提供报名资料。

五、询价须知

5.1报名截止时间：2025年9月25日10时00分

5.2供应商请于报价截止时间前将报价文件纸质原件加盖公章密封邮寄或送至江西省鹰潭市月湖区湖东路4号鹰潭一八四医院招标采购办公室。

5.3在供应商资质审查合格及产品符合临床需求的前提下以最低价确定成交供应商。

若单个序号有多品目，在供应商资质审查合格及所有品目符合临床需求的前提下，以各品目“单价报价\*预计年使用量”合计总额最低确定成交供应商。

5.4如产品在试用期3个月内，因性能或质量等问题，不能满足临床实际，由临床充分论证后提出申请，顺延下一位供应商。

六、开启

6.1 时间：2025年9月25日10时00分

6.2 地点：江西省鹰潭市月湖区湖东路4号鹰潭一八四医院

七、公告期限

本公告发布之日起 三 个自然日。

八、其他补充事宜

本次询价公示及结果公示均在“江西省招标投标网（http://www.jxtb.org.cn/）鹰潭一八四医院官网（https://www.yt184yy.com/）”发布。

九、联系方式

地址：江西省鹰潭市月湖区湖东路4号鹰潭一八四医院采购中心

联系人：苏老师

联系电话：18107018139

附件1：报价单

|  |
| --- |
| 鹰潭一八四医院医用耗材（试剂）比价单 |
| 报价企业（盖章） |  | 询价截止时间 | 2025年9月25日10:00 |
| 医用耗材（试剂）基本信息 | 配送企业确认反馈内容 |
| 序号 | 询价耗材名称 | 询价规格 | 年预算采购量 | 备注 | 报价规格 | 单位 | 生产厂家 | 报价 | 省平台是否授权及点配送 | 挂网ID | 注册证号 | 医保类别 | 备注 |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

附件：报名文件模板（所有材料须加盖公章，否则视为无效）

**1.供应商营业执照**

**2.医疗器械经营许可证**

**3.生产厂家营业执照**

**4.医疗器械生产许可证**

**5.满足参数的证明材料**

**6.产品注册证或备案凭证（若纳入医疗器械管理），且报价名称须为注册证名称或备案名称。**

**7.生产厂家的纸质授权证明（分级授权须逐级提供，且须提供各级授权公司资质）及江西省医保平台建立配送关系截图。**

**8.法定代表人授权委托书，委托书需附法人及被授权人身份证复印件**

法人授权委托书

兹授权 同志（身份证号： ，联系电话： ）为我公司参加贵单位组织的医用耗材询价（耗材序号： ）的代表人，全权代表我公司处理在本次询价中的一切事宜。本授权委托书从 年 月 日起至 年 月 日止。

授权单位：（加盖单位公章）

法定代表人：（签字或签章）

授权代表：（签字或签章）

签发日期： 年 月 日

后附：

法人身份证复印件正反面：

被授权人身份证复印件正反面：

**9.提供近两年内至少有一家江西省内三甲医院所报耗材供货发票（发票日期需在询价公示发布日之前）及随货同行单依据，有任何违规行为，供应商纳入医院黑名单；**

供货发票：

随货同行单：

**10.廉洁销售和质量保证承诺书**

廉洁销售和质量保证承诺书

鹰潭一八四医院：

我公司保证严格按照国家有关法律法规及贵院有关规定和要求，及时、保质保量为贵院配送药品、医用耗材等产品，并提供全面、完善的服务，同时承诺：

一、具备配送医药产品的合法资质，所配送的医药产品与采购合同一致，不自行涨价和变更规格型号、材质、生产企业等。

二、不论贵院采购产品数量和金额多少，均保证按照约定的配送时间及时送货到位，急需产品节假日照常配送。

三、保证所配送的医药产品是合法有效的产品，产品质量符合国家相关标准，在质量保证期（有效期）内因产品质量问题产生的责任由我公司承担。

四、所配送的医药产品储运条件符合国家规定，并采取有效措施保证储运过程中的产品质量与安全，因运输过程造成的质量问题及损耗由我公司负责。

五、我公司指定 作为销售代表洽谈业务。销售代表仅在工作时间到贵院指定地点联系商谈，不到住院部、门诊部、医技科室等推销相关产品，不借故到贵院领导、工作人员家中访谈并提供任何好处。

六、不以回扣、宴请等方式影响贵院采购或使用医药产品的选择权，不利用任何途径和方式，统计贵院医师个人及临床科室能关医药产品用量信息。

如违反以上承诺，我公司自愿无条件按照贵院有关规定接受处罚。

本承诺书作为医用耗材采购合同和药品采购合同的重要组成部分，与采购合同一并执行，具有同等法律效力，从签订之日起生效。

供应商名称（盖章）：

法定代表人：

日期：2025年 月 日

**11.无违法记录声明**

无违法记录声明

鹰潭一八四医院：

我公司，未被“信用中国”网站(www.creditchina.gov.cn)列入失信被执行人和重大税收违法案件当事人名单。未在融通集团系统内采购项目中发生过严重违约行为。参加政府及军队采购活动近三年内，在经营活动中无违法违约记录。

我方承诺上述信息真实准确，并愿意承担因我方就此弄虚作假所引起的一切后果。

特此声明!

供应商名称（盖章）：

法定代表人：

日期：2025年 月 日

**12.公示要求提供的其它材料（若有）**