浏阳市人民医院2023年临到期耗材遴选招标文件

1. 项目名称： 浏阳市人民医院2023年临到期耗材遴选

二、采购需求（最高上限价）见附件1

备注：本项目的最小投标单位为包，本项目将按照包号入围。

1. 付款方式： 货到医院后，以6个月承兑汇票结算。
2. 交货时间：合同约定

五、评标办法：竞争性议价

六、投标人的资格要求

1、营业执照（需备注三证合一或五证合一）

2、法定代表人身份证明

3、法定代表人授权委托书（如有）

4、采购需求偏离表（提供投标产品技术参数佐证资料）

5、投标人须提供所投产品的医疗器械注册证及质量检验报告

 6、投标人所投产品如为进口产品，还需提供生产厂商（制造商）或经销商或代理商出具的针对本项目的授权书。

七、投标文件编制要求

1、投标文件必须采用装订成册，一式三份（一份正本，两份副本）。投标文件制作格式见附件1。

2、投标文件必须加盖投标单位公章和法人代表签字或委托代理人签字，并用密封袋密封，密封袋上也必须加盖投标单位公章，否则作废标处理。

八、报名时间及投标截止时间、开标时间及地点：

**2023年8月2日至2023年8月8日17 ：00在浏阳市人民医院设备器材部主任办接受现场报名，超过报名时间的投标单位将被拒绝。8月5日 、8月6日为法定节假日不接受报名**（联系方式：陈女士 18273179750）报名资料包括报名表、营业执照、法人身份证明、授权委托书。报名表格式见附件2

以包为单位，如在报名截止时间后，报名商家不足三家，该包予以流标，采购人将于2023年8月9日通知报名商家，请已报名的商家保持电话畅通。

**投标单位需按照附件1准备电子（Excel版本）报价清单，顺序必须与附件1保持一致。将电子版报价清单存于U盘中，在U盘上注明投标公司名称，并将U盘放入密封袋中。**

1、开标时间：2023年8月10日9:00，超过开标时间的投标将被拒绝（★）。

2、开标地点：浏阳市人民医院中央区四楼二会议室

逾期送达或未送达指定地点的或未按招标文件要求密封的投标文件，招标人可拒绝接收。投标人法定代表人或授权委托人须亲自到场参加投标。

九、有关此次招标事宜，可与下列人员联系：

联系电话： 李女士：13574860346 宋先生：13787048812 张女士：13397418710

**附件2 报名表**

**浏阳市人民医院2023年临到期耗材遴选报名表**

|  |  |
| --- | --- |
| 投标单位 |  （盖章） |
| 联系人 |  |
| 联系电话 |  |
| 邮箱 |  |
| 报名时间 |  |

备注：报名时间请到报名地点手写

**附件3：投标文件制作格式**

**投 标 文 件**

**采购项目名称：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**投标人:**

年 月 日

**投标文件组成**

1. 营业执照（需备注三证合一或五证合一）
2. 法定代表人身份证明（彩印）
3. 法定代表人授权书(委托代理人参加开标) （彩印）
4. 报价文件
5. 技术响应与偏离表（提供投标产品技术参数佐证资料）

六、 投标人须提供“医疗器械经营许可证”或“医疗器械经营备案凭证”（如为制造商须提供“医疗器械生产企业许可证”及国家药监部门颁发的“医疗器械产品注册证”或“医疗器械生产备案凭证”）

七、产品配送方式

1、购人根据实际需求，制定需求计划，确定不同类别产品的配送周期。采购人按采购人需求计划，及时将产品配送至采购人。临时性需求或紧急配送需求可按需配送。

2、严格根据采购人需求计划（包括通用名、产品质量层次、剂量、规格、包装、生产厂家、用量）进行配送，未经允许不得随意变更。

3、中标人应主动跟踪库存变化主动补货，藉此为采购人实行“零库存”管理，以降低医院流动资金的压力和运行成本，以及产品过期和报损的消耗。

4、采购人根据中标人的配送货物清单、发票等材料组织人员进行验收。
5、中标后，产品由我院专科耗材配送商集中配送，中标人缴纳固定比例的配送服务费。

八、 投标人所投产品如为进口产品，还需提供生产厂商（制造商）或经销商或代理商出具的针对本项目的授权书。

九、 供应商认为需要提供的其它资料。

**一、营业执照**（需备注三证合一或五证合一）

**二、法定代表人身份证明书（彩印）**

供应商名称：

注册号：

注册地址：

成立时间： 年 月 日

经营期限：

经营范围：主营： ；兼营：

姓名： 性别： 年龄： 系（供应商名称）的法定代表人。

特此证明。

附：法定代表人身份证复印件

|  |  |
| --- | --- |
| 法定代表人身份证（正面） | 法定代表人身份证（背面） |

供应商名称（盖单位章）：

日期：年月日

**三、法定代表人授权委托书（彩印）**

本人（姓名、职务）系 （供应商名称）的法定代表人，现授权（姓名、职务）为我方代理人。代理人根据授权，以我方名义：签署、澄清、说明、补正、递交、撤回、修改（项目名称）响应文件，其法律后果由我方承担。

委托期限： 。

代理人无转委托权。

本授权书于年月日签字生效，特此声明。

附：法定代表人身份证明

|  |  |
| --- | --- |
| 法定代表人二代身份证复印件（正面） | 委托代理人二代身份证复印件（正面） |
| 法定代表人二代身份证复印件（反面） | 委托代理人二代身份证复印件（反面） |

法定代表人（签字）：

委托代理人（签字）：

日期：年月日

**注：授权代表递交此授权委托书并附法定代表人身份证明参加开标（授权代表由法人本人担任的，仅需提供法定代表人身份证明）。**

**分项报价明细表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 目录名称 | 供应商名称 | 产品注册(备案)名称 | 注册（备案）证号 | 规格 | 型号 | 产地（国产/进口） | 生产厂家 | 最小使用单位 | 阳光挂网平台价格 | 遴选预算单价限价（人民币元） | 投标报价（人民币元） | 折扣率（%） |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**填写此表：**

**注：★所投产品必须在湖南省阳光采购平台挂网或长沙市医保部门指定平台挂网（备案），并提供相应产品的挂网编**日期：年月日

1. **技术响应与偏离表（提供投标产品技术参数佐证资料）**

**六、 投标人须提供“医疗器械经营许可证”**

**七、 投标人所投产品如为进口产品，还需提供生产厂商（制造商）或经销商或代理商出具的针对本项目的授权书。**

**八、供应商认为需要提供的其它资料**