**吉安市中心人民医院（上海市东方医院吉安医院）**

**医用耗材意向招标公告**

依据我院临床医疗需要，拟对下列医用耗材进行院内招标采购，请有意参加本单位招标的生产商或供应商携带相关证件到医学装备科报名。

1. **采购项目内容：**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 编号 | 使用科室 | 项目 | 项目要求 |
| 1 | 手术室（南院区） | 器官保存液（UW液） | 适用于OPO器官获取手术使用，UW液:1000ml每袋，用于肝肾胰腺等器官冲洗和低温保护。 |
| 2 | 手术室（南院区） | 高渗枸橼酸盐嘌呤溶液(肾宝液) | 适用于OPO器官获取手术使用，用于灌注并保存肾脏 |
| 3 | 手术室（南院区） | 一次性使用吸引器(扬克氏) | 适用于OPO器官获取手术使用。 |
| 4 | 手术室（南院区） | 一次性腔静脉插管 | 适用于OPO器官获取手术使用，16#，用于肠系膜上动脉冲洗 |
| 5 | 手术室（南院区） | 一次性冲洗器 | 适用于OPO器官获取手术使用，术中冲洗 |
| 6 | 手术室（南院区） | 超吸刀冲洗管路 | 超吸刀冲洗管路连接超吸刀主机Soring(SONOCA300)一起使用，用于肝胆外科肝切除手术。 |
| 8 | 手术室（南院区） | 超声刀头（集采产品） | 超声刀头连接厚凯超声刀主机(USG10)一起使用，用于临床手术科室各种手术，术中切割、止血，减少患者出血量，用途广泛。（不接收其它设备投放） |
| 9 | 妇产科（南院区） | 一次性使用阴道电极 | 搭配麦澜得生物刺激反馈仪(MLDB4T)一起使用，用于产后盆底肌、腹直肌修复，提高产妇满意度。 |
| 永久性阴道电极 |
| 理疗电极片（盆底肌） |
| 理疗电极片（腹直肌） |
| 筛查转接线一根 |
| 10 | 内分泌科（南院区） | 胰岛素泵一次性输注管路 | 搭配美敦力胰岛素泵MMT-712WWB及MMT-722WWP专机专用耗材，用于糖尿病患者血糖管理。 |
| 胰岛素泵储药器 |
| 11 | 呼吸与危重症医学科 | 无创呼吸机面罩及管路配件 | 适用于呼吸与危重症医学科无创呼吸机（机型：飞利浦、鱼跃）一同使用，用于将气体从呼吸机传递到患者呼吸道的作用。 |
| 12 | 南院供应室（南院区） | 去污膏 | 适用于去除各种形状和类型的电刀刀头、医用金属器械、器具等表面的顽固污渍及残留，也可用于去除硅胶残留、手术器械表面的干涸血渍;可用于硬质容器表面的清洁。 |
| 13 | 南院供应室（南院区） | 滤芯 | 适用于武汉启诚ME4-1000纯水机。 |
| 14 | 泌外科（南院区） | J型导管 | 单极Fr6、Fr7、Fr8，可以留置一个月以上。 |

1. **报名要求：**

(1)严格按照要求填写附表一、附表二，不符合要求视为无效。

(2)所投产品须持有医疗器械注册证（注册证号在附表一中必须填写），特殊产品除外。

（3）所投产品必须在最新的医保报销范围之内（同类产品都不能报销的除外）。

（4）所投产品一年内在省卫健委直属三甲医院使用过（专机耗材除外），并且保证所投产品价格为同时期内全省最低价。

（5）所投产品必须在江西省医保公共服务平台下的药品和医用耗材招采管理系统中的挂网范围内（同类产品未招标的除外）。

1. **报名时需提供的相关材料：**

1、公司及产品的资质证明材料（公司三证等）。

2、议价产品的制造商或者区域总代理商出具的授权函。

3、法定代表人证书或委托代理人授权书。

4、附件表一（另增加电子版发到下方的邮箱），附表二

5、所投产品一年内的江西省三甲医院的使用依据。

6、国家医用耗材27位编码，江西省医保报销类别。

7、价格承诺函、价格佐证。

8、所投产品需带样品现场展示说明。

注：以上材料一式贰份并加盖公章，对提供材料不真实者予以取消中标资格。

**投标文件必须密封，否则作无效响应处理。**

**4.评标方法**

1、现场报价。原则上低价中标，但需经临床试用和相关专家认可确认。

 2、意向中标产品需经医院办公会讨论通过后方可签合同。

**注意事项：**

1、报价均以产品单价为报价标准。

2、若本次招标产品我院正在使用，则此产品供应商必须报名参加本次招标，否则我院有权停止其供应资格，并由参加本次招标的中标供应商进行供货。

3、经医院专家认定不能满足招标要求的项目，投标无效。

4.交材料时间：2024 年3 月 8日上午9点前，逾期不受理，地点在吉安市中心人民医院（上海市东方医院吉安医院）吉安南大道80号行政楼107号医学装备科。

咨询地点：吉安市中心人民医院（上海市东方医院吉安医院）吉安南大道80号行政楼107号医学装备科，现场开标时间：2024 年 3 月 8 日上午9点。

联系电话：15879610020

邮箱：229636767@qq.com

            吉安市中心人民医院

（上海市东方医院吉安医院）

**2024年3月4日**

**附表一（请用EXCEL编辑提交）：**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 招标项目序号 | 产品注册证名称 | 生产厂家 | 规格型号 | 产品注册证号 | 计量单位 | 报名公司 | 江西省省标价（江西省平台未招标除外） | 省标价产品ID（江西省平台未招标除外） | 国家耗材代码 | 医院现行价（没有可以不写） | 联系方式 |
|  |  | 　 | 　 | 　 |  | 　 |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

要求：

 1.各报名企业必须按表格要求填写，价格真实，资料可靠，同时须附上相应的价格依据。

 2.请各报名企业按照规定的项目认真填写，不得涂改，每张报价单都需加盖公章。

**附表二：**

|  |  |
| --- | --- |
| 报名单位（公司）： | 项目截止日期： 2024 年3月7日 |
| **项 目** **序 号** | **项 目 名 称** | **型号** | **报价** | **授权代表签名****（需加盖公章）** |
|  |  |  |  |  |

**投标询价、议价承诺函**

致：吉安市中心人民医院

我单位在参加贵方部分＿＿＿＿＿＿项目的（投标询价、议价）活动中，郑重承诺如下：

我方在此声明，本次（投标询价、议价）活动中提供的所有资料都是真实、准确完整的，所投产品＿＿＿＿品牌＿＿＿＿型号（品牌及规格型号）报价为江西省内同期、同型号、同品牌、同配置最低价，如因虚假资料、虚假报价所产生的一切后果完全由我方承担。

承诺人（投标企业）盖章：＿＿＿＿＿＿＿＿

法定代表人签字：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

法定代表人电话：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

日 期： ＿＿＿年＿＿＿月＿＿＿日