**关于征集医用耗材供应商的通知**

我院拟采购一批耗材，详见附表一，现开始征集供应商，报名请提供以下资料：

1.报名文件封皮请按附件二准备，资料请按附件三准备，附件四留存备用，附件五发至邮箱。

2.注意事项

（1）.产品授权：需为**制造商**对产品代理或经销资格的授权书。

（2）.提供国家医保编码、类别、收费编码。

（3）.现行价格证明：提供河北省医用耗材招采管理系统；提供石家庄市内三甲医院购买该耗材的随货同行及发票（至少三家）。

（4）.所有复印件原版尺寸，字迹清晰。

（5）.如有配套耗材或软件，请提供相应资质。

（6）.非医疗器械请提供相应依据。

以上资料，扫描电子版在规定时间内发至邮箱yysrmyyhczj@126.com，邮件名称：项目编码+项目名称+供应商名称，不需再交纸质版。

报名截止时间：2024年3月11日

地址：石家庄建华南大街365号石家庄市人民医院

医学装备部

2024年3月7日

附表一：耗材需求表

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 项目编码 | 项目名称 | 需求 |
| C0301-01 | 一次性使用PE检查手套 | 准备试用品10盒，每个外包装注明厂家、供应商，提交资料后将试用品送至建华大街365号，门诊五楼医学装备部，不交报名无效。 |
| C0301-02 | 一次性使用灭菌橡胶外科手套 | 准备试用品10盒，每个外包装注明厂家、供应商，提交资料后将试用品送至建华大街365号，门诊五楼医学装备部，不交报名无效。 |
| C0301-03 | 一次性医用PVC检查手套 | 准备试用品10盒，每个外包装注明厂家、供应商，提交资料后将试用品送至建华大街365号，门诊五楼医学装备部，不交报名无效。 |
| C0301-04 | 一次性医用丁腈橡胶检查手套 | 准备试用品10盒，每个外包装注明厂家、供应商，提交资料后将试用品送至建华大街365号，门诊五楼医学装备部，不交报名无效。 |
| C0301-05 | 一次性使用灭菌橡胶检查手套 | 准备试用品10盒，每个外包装注明厂家、供应商，提交资料后将试用品送至建华大街365号，门诊五楼医学装备部，不交报名无效。 |
| C0301-06 | 一次性使用橡胶检查手套 | 准备试用品10盒，每个外包装注明厂家、供应商，提交资料后将试用品送至建华大街365号，门诊五楼医学装备部，不交报名无效。 |

第二次征集：

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 项目编码 | 项目名称 | 功能需求 |
| X0226-01 | 一次性使用骨髓穿刺包 | 用于人体骨髓穿刺以抽取骨髓时一次性使用。 |
| G0226-01 | 外固定架 | 对骨骼的复杂性骨折，四肢开放性骨折，广泛组织损伤的闭合性骨折，感染性骨折起支撑和坚强固定作用。 |
| Z0226-02 | 牙垫 | 用于临床固定气管插管，避免管体移位和插管脱出，保护气管插管及病人。 |
| B0226-01 | 血细胞分析用染色液 | 在循环肿瘤细胞的检测过程中用于肿瘤细胞的染色鉴定。 |
| J0226-01 | 血液病相关融合基因检测试剂盒BCR/ABL190/210/230 | 需包含BCR-ABL\AML1-ETO\PML-RARa的相关融合基因。适配设备：实时荧光定量PCR仪，生产厂家：ABI,型号：7500。 |
| J0226-02 | 诺如病毒抗原检测 | 用于成人及儿童急性感染性腹泻的病原检测。检测方法为胶体金层析法，单人单卡，肉眼直接判读结果。 |
| FZ0226-01 | 透析人工肾一次性使用血液回路导管 | 连续性血液净化设备专属耗材，生产厂家：重庆山外山血液净化技术有限公司，型号：SWS-5000专业版。 |
| XW0226-01 | 内窥镜血管采集系统 | 用于心脏外科冠状动脉搭桥手术中经2-3cm切口进行微创采集大隐静脉和桡动脉桥血管。 |

第三次征集：

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 项目编码 | 项目名称 | 功能需求 |
| Y0124-01 | 眼球突出度计 | 测量双眼眼球突出度、眶距、评估病变程度、进展及恢复情况。 |

附件二：封皮

项目编码

项目名称

公司名称\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

业务员姓名\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

联系电话 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

附件三：供应商报名表

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **耗材名称**  **（注册证名称）** |  | **品牌** |  | **制造商** |  |
| **内容** | **标准** | | | **页码** | **审核结果** |
| 公章 | 复印件均加盖公章 | | | （此**列**标注) | ） （此**列**空白） |
| 报名信息 | 耗材名称**（注册证名称）** | | |  |  |
| 规格型号列表 | | |
| 注册证号 | | |
| 全国医保码、类别、收费编码 | | |
| 制造商 | | |
| 供应商 | | |
| 授权代表人 | | |
| 联系电话 | | |
| 医疗器械注册证 | 注册证 | | |  |  |
| 注册证附表 | | |  |  |
| 非医疗器械依据 | | |  |  |
| 制造商资质 | 营业执照 | | |  |  |
| 医疗器械生产许可证 | | |  |  |
| 医疗器械生产产品登记表（国产） | | |  |  |
| 供应商资质 | 营业执照 | | |  |  |
| 医疗器械经营许可证/备案凭证 | | |  |  |
| 产品授权 | 制造商授权书（两票） | | |  |  |
| 业务员授权 | 业务员法人授权书 | | |  |  |
| 法定代表人居民身份证复印件 | | |  |  |
| 被授权人居民身份证复印件 | | |  |  |
| 耗材信息 | 规格型号 | | |  |  |
| 技术参数 | | |  |  |
| 配置清单 | | |  |  |
| 产品说明书 | | |  |  |
| 现行价格证明(如没有，报名无效） | 河北省医用耗材招采管理系统(必须提供，如未挂网提供申请文件) | | |  |  |
| 市内三甲医院合同/随货同行/发票(每个型号必须提供三家近半年内） | | |  |  |
| 产品市场信息 | 三级甲等医院用户名单 | | |  |  |
| 彩页 | | |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 附件四：耗材报价表  耗材报价表（此表供应商留存备用） | | | | | | | | | |
| 项目编码 | 项目名称 | 产品名称  （注册证名称） | 品牌 | 规格  型号 | 注册证号 | 制造商 | 供应商 | 报价（元） | 计价  单位 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  | 签字： |  | 日期： |  |

附件五：耗材信息表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 耗材信息表（word版，与报名资料一起发邮箱） | | | | | | | | | | | | | | | |
| 项目编码 | 项目名称 | 产品名称 | 品牌 | 规格型号 | 注册证号 | 全国医保编码 | 医保类别 | 收费编码 | 河北省挂网价(元） | 提供价格证明（市内三甲医院合同/随货同行/发票三家）（元） | 提供价格证明用户名称 | 制造商 | 供应商 | 业务员 | 电话 |
| （注册证名称） |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

注：不得空项。

1