**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yrsrmyyhczj@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6月15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6月11日

附表一：耗材需求表

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 项目编码 | 项目名称 | 功能需求 |
| G0607-01 |  中性含酶器械清洗剂 | 适配新华清洗机，机洗配比浓度高，泡沫底，易漂洗，PH值6.5-7.5，水温要求45-55℃，有去除生物膜作用。 |
| G0607-02 |  碱性清洗剂 | 手工清洗配比浓度高，泡沫底，易漂洗，稀释在水中不能浑浊，水温20-55℃，PH值＞7.5，分解有机物和无机物快速，有去除生物膜作用。 |
| G0607-03 |  润滑防锈剂 | 水温要求冷热水均可，浸泡时间不易过长，有除锈，防锈作用。 |
| G0607-04 | 测试包 | 适配新华灭菌器，用于压力蒸汽灭菌第二类化学指示物，有安评报告，用于冷空气排除和饱和蒸汽穿透效果的监测。 |
| G0607-05 | 压力蒸汽灭菌包内化学指示卡 | 覆保护膜，符合五类化学指示物的要求，有安评报告，用于121-135℃压力蒸汽灭菌包内化学检测。 |
| G0607-06 | 灭菌包裹材料 | 具有SMMMS层（中间三个M层属微生物屏障层，两个S层属抗撕裂并阻菌层）重量要求60克，能够四种灭菌方式（高温高压、过氧化氢、甲醛、环氧乙烷）。规格：1200\*1200，600\*600，500\*500，400\*400。 |
| S0611-01 | 颅骨连接片-金属固定材料 | 金属连接片 |
| S0611-02 | 颅骨连接片-金属固定材料 | 金属钉 |
| S0611-03 | 颅骨连接片-金属固定材料 | 金属颅骨网板（三维） |
| S0611-04 | 颅骨连接片-PEEK固定材料 | PEEK板 |
| S0611-05 | 颅骨连接片-PEEK固定材料 | PEEK钉 |
| S0611-06 | 颅骨连接片-PEEK固定材料 | PEEK连接片 |
| S0611-07 | 颅骨盖孔板 | 金属盖孔板 |

第二次征集：

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 项目编码 | 项目名称 | 功能需求 |
| C0604-01 | 耦合剂 | 非灭菌 |
| Y0604-01 | 超乳液流套件 | 用于眼科超声乳化手术时的抽吸，灌注液体通道。适配设备：超声眼科乳化治疗仪 厂家：美国爱尔康公司 型号：infiniti要求：1. 管道连接头连接强度≥15N
2. 输液管尺寸：4.7\*3.2\*1700mm
3. 灌注管尺寸：4.7\*3.2\*1900mm
4. 抽吸管尺寸：4.0\*2.0\*1900mm
5. 积液袋容量≥450ml
 |

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（EXCL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） |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 与资料内一致 | 与资料内一致 |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

注：不得空项。