**项目概况**

甘肃省第二人民医院医用耗材议价采购项目的潜在供应商应于2024年11月15日10点00分（北京时间）前递交资质文件。

## 一、项目基本情况

项目名称：甘肃省第二人民医院医用耗材议价采购项目

采购需求：（具体要求详见附件）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 名称 | 单位 | 数量 | 单价限价（元） |
| 1 | 医用缝合针 | 根 | 8000 | 招采子最低价 |
| 2 | 一次性使用帽子（机制圆帽） | 个 | 5000 | 招采子最低价 |

**注：议价时须带样品。**

本项目不接受联合体投标。

## 二、供应商资格要求

1.投标人须提供法人或者其他组织的营业执照等证明文件，自然人的身份证明；

2.法定代表人身份证（正、反面复印件加盖公章）、法定代表人授权函（原件）及被授权人身份证（正、反面复印件加盖公章）；

3.投标人须具有医疗器械经营许可证(备案证)（复印件加盖公章）；

4.投标产品必须具有医疗器械注册证（备案证）（复印件加盖公章）；

5.生产企业的营业执照、医疗器械生产许可证；进口产品须具有生产商给予经销商的全套产品各级代理授权书（复印件加盖公章）；

6.以上资质全部按照顺序完整装订。

## 三、报名时间

时间：2024年11月12日至2024年11月14日（北京时间，法定节假日除外）

地点：甘肃省第二人民医院行政楼105

## 四、议价时间

时间：2024年11月15日10点00分（北京时间）

地点：甘肃省第二人民医院行政楼105

## 五、其他补充事宜

1.满足议价采购公告要求的供应商须提供公告中第二条要求的所有资质并填写公告下方附件中的报名表于2024年11月12日至2024年11月14日（节假日除外）上午8:30-12:00，下午2:30-5:00（北京时间）前往兰州市城关区和政西街1号甘肃省第二人民医院行政办公楼105登记报名，报名资料准确登记供应商名称、地址、联系人、联系电话等相关信息，如登记信息有误，对其产生的不利因素由供应商自行承担。

2.按照议价公告下方链接中模版制作资质文件于议价时递交。

## 五、对本次招标提出询问，请按以下方式联系

1.采购人信息

名 称：甘肃省第二人民医院

地 址：兰州市城关区和政西街1号

联系方式：0931-6969317

2.项目联系方式

项目联系人：鲍老师

电　话：0931-6969317

**第二章 项目采购需求（技术要求）**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **耗材名称** | **规格****（尺寸大小）** | **材质****(主要组成材料)** | **主要用途** | **是否专机专用** | **备注(其他重要参数)** |
| 1 | 医用缝合针 | 圆针0 1/2 8\*20 | 不锈钢材质 | 缝合包、静脉切开包、脓肿包及临床科室的特殊治疗包使用 | 否 | 指针尖为圆形;弧度为1/2圆弧，也就是半圆针;针的直径为0.8mm;针尖到针尾的直线距20mm，即弦长为20mm |
| 2 | 医用缝合针 | 圆针0 1/2 7\*17 | 不锈钢材质 | 缝合包、静脉切开包、脓肿包及临床科室的特殊治疗包使用 | 否 | 指针尖为圆形;弧度为1/2圆弧，也就是半圆针;针的直径为0.7mm;针尖到针尾的直线距17mm，即弦长为17mm |
| 3 | 医用缝合针 | 三角针8\*17 | 不锈钢材质 | 缝合包、静脉切开包、脓肿包及临床科室的特殊治疗包使用 | 否 | 指针尖为三角形;弧度为1/2圆弧，也就是半圆针;针的直径为0.8mm;针尖到针尾的直线距17mm，即弦长为17mm |
| 4 | 医用缝合针 | 三角针9\*17 | 不锈钢材质 | 缝合包、静脉切开包、脓肿包及临床科室的特殊治疗包使用 | 否 | 指针尖为三角形;弧度为1/2圆弧，也就是半圆针;针的直径为0.9mm;针尖到针尾的直线距17mm，即弦长为17mm |
| 2 | 一次性使用帽子（机制圆帽） | 机制圆帽 | 无纺布 | 外科医生佩戴 | 否 |  |

**第三章** **议价文件格式**

1. **经销商营业执照**

## 2.法定代表人身份证明

## 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。

|  |  |
| --- | --- |
| **法定代表人身份证****复印件加盖公章（正面）** | **法定代表人身份证****复印件加盖公章（背面）** |

供应商（盖章）：
法定代表人（签字）：
日期：年 月 日

## 3.法人授权函

致：甘肃省第二人民医院

本授权函声明：本人（法定代表人姓名）系（供应商全称）法人，现任命（被授权人姓名、职务）为我公司的授权代表人，参与“ ”（项目名称）议价活动，以供应商的名义签署资质文件、进行合同谈判、签署合同和全权处理与之有关的一切事务。

 本授权书于 年 月 日签字生效，特此声明。

法定代表人（签字或印章）：

被授权人（签字或印章）：

供应商名称：（加盖公章）

日期：

|  |  |
| --- | --- |
| **法定代表人身份证****复印件加盖公章（正面）** | **法定代表人身份证****复印件加盖公章（背面）** |
| **被授权人身份证****复印件加盖公章（正面）** | **被授权人身份证****复印件加盖公章（背面）** |

**4.生产商营业执照**

**5.进口产品授权收书（如有）**

**6.报价表**

项目名称：

币 种：人民币

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 产品名称 | 规格/型号 | 生产企业名称 | 最小销售单位 | 最小销售数量 | 单位 | 投标报价（元） | 二次报价（元） | 三次报价（元） |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 合计总价： |  |  |  |

投标单位名称（加盖单位公章）： 日期： 年 月 日

授权委托代理人（签字）：

**注：1.二次、三次报价为现场报价。**

**2.报价应包括货物总费用等所有不确定风险因素的全部费用的总和。**

**3.报价具有唯一性，不接受备选投标方案和多个报价，本项目只允许供应商有一个报价和方案，不接受任何有选择的方案和报价（包括有条件的折扣）。供应商未按要求，提供了选择方案和/或报价的，将被视为无效。**