广东省生殖医院

医用耗材公开遴选文件

**以下证件、资料每页须加盖公司公章**

格式1：封面（公开招标文件用）

广东省生殖医院

检验试剂公开遴选文件

（编号：HC-2022-01）

投标项目

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **项目** | **品牌** | **（生产许可证）场所** |
|  | **\*\*\*** | **\*\*/\*\*** |

**公司名称：**

**注册地址：**

**公司法人：**

**联 系 人：**

**手 机：**

**Email：**

格式2：目录（公开招标文件用）

**目 录**

（一）报名表………………………………………………………\*\*-\*\*页

（二）报价表………………………………………………………\*\*-\*\*页

（三）使用名单及使用证明………………………………………\*\*-\*\*页（四）运营成本测算表……………………………………………\*\*-\*\*页

（五）售后服务响应表……………………………………………\*\*-\*\*页（六）售后服务及冷链供货承诺函………………………………\*\*-\*\*页

（七）产品彩页、说明书、检验报告、真实性保证书等材料…\*\*-\*\*页（八）供应商资质证明材料………………………………………\*\*-\*\*页

（九）生产企业资质证明材料……………………………………\*\*-\*\*页（十）厂家独家产品/专机专用产品申明等材料………………\*\*-\*\*页

**投标须知：**

**一、供应商资质：**

1、《营业执照》。

2、《医疗器械经营企业许可证》（经营许可范围与所投产品注册分类目录相符，否则无效）。

3、《税务登记证》、《组织机构代码证》（如有）。

4、法定代表人证明书、代理授权书。

**5、法人代表授权业务人员委托书须提供原件。**

**二、生产企业资质：**

1、《营业执照》。

2、《医疗器械生产企业许可证》、《医疗器械注册证》。

3、《税务登记证》、《组织机构代码证》（如有）。

**4、生产企业经销代理授权书原件、复印件（授权方法人亲笔授权）（国产产品如有，需提供）、**业务员授权书（同一面附上身份证正反复印件）等。

**三、产品检测报告：**

1、近年国家食品药品监督管理局指定的医疗器械检测中心对产品抽查检测报告书复印件（产品要求检测的须提供）。

**四、售后服务承诺按投标供应商和厂家各自的格式内容提供，不提供统一格式。如有需冷藏/冷冻产品，须填写冷链供货承诺函，加盖公章。**

格式1：报名表（公开招标文件用）

广东省生殖医院

参加技术论证或谈判项目报名表

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 耗材/试剂名称 | 序号： | | 品牌 |  |
| 单位名称 |  |  |
| 联系人 |  | 联系电话 |  | |
| 资质情况： | 有相关复印件打“√”：《授权函》□；  《医疗器械生产许可证》□， 《医疗器械经营许可证》□  《中华人民共和国医疗器械注册证》□，《营业执照》□，  《税务登记证》□，《组织机构代码证》□，包括厂家（加盖公章） 近三年三家或以上广州地区三甲医院该产品销售发票□ 补充： | | | |
|  |
|  |
| 签 名(盖章)： |  | 日期： | | |

格式2：报价表（公开招标文件用）

序号： 医用耗材价格谈判最终报价表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 参加单位： | |  |  |  | 报价单位：元 | |
| 序号 | 耗材名称 | 品牌型号 | 国家医保标准收费编码 | 单位 | 初次报价 | 二次报价 |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| 说明 |  | | | | | |
| 报价人签名： |  | | 报价日期： 年 月 日 | | | |
| 联系电话： | |  | | | | |

格式3：使用名单及证明文件（公开招标文件用）

广州市三甲医院使用名单

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 项目 | | 品牌 | 用户 | 价格 |
| 1 | 例：**血浆皮质醇测定试剂** | A品牌 | 1医院 |  |
| 2医院 |  |
| 3医院 |  |
| 4医院 |  |
| 5医院 |  |
| 2 | 例： | B品牌 | 1医院 |  |
| 2医院 |  |
| 3医院 |  |
| 4医院 |  |
| 5医院 |  |

注明：

1、按《使用名单》提供使用证明，使用证明仅限含投标产品规格型号、价格的24个月内的发票、合同、中标通知书。

2、提供的使用证明中不包含投标产品规格型号的，视为虚假证明文件材料。

3、如广州市无3家三甲医院使用，请提供广东省内3家三甲医院。

格式4：运营成本测算表（公开招标文件用）

运营成本测算表（元/每人份）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **项目** | **如：血浆皮质醇测定试剂** | | |
| **品牌** | **如：雅培** | | |
| **收费标准（元/每人份）** | | |  |
| **综合测算（统一按每天20个测试计算）** | | | **元/每人份** |
| 序号 | | **分项具体测算（**质控、定标、清洗、反应杯、吸嘴、取样刷等运营成本**）** |  |
| 1 | | 试剂价格 |  |
| 2 | | 质控 |  |
| 3 | | 定标 |  |
| 4 | | 清洗 |  |
| 5 | | 反应杯 |  |
| 6 | | 吸嘴 |  |
| 7 | | 取样刷 |  |
| 8 | | … |  |
| 9 | | 成本合计 |  |

注明：

1、不用填写具体规格型号，但是测算结果一定要与《产品报价表》中的消耗品相符。

2、无消耗品或者配套消耗品，综合测算数据填“0”。

格式5：售后服务响应表（公开招标文件用）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 售后服务响应表 | | | |
| 注意：响应情况分为三种，“不响应”、“响应”和“优于”，请投标企业根据实际情况填写。若填写的是“不响应”和“优于”，必须详细填写“说明”。 | | | |
| **序号** | **服务条款** | **响应情况（不响应/响应/优于）** | **说明** |
| **1** | **送货及库存：** | | |
| 1.1 | 在本地（深圳市）设有产品库，在合同有效期内，保证货源充足，无偿提供配套器械。 |  |  |
| 1.2 | 保证按照医院指定地点和时间准时送货上门（不分节假日），公司承担全部运费且到达前的损失由公司承担。 |  |  |
| 1.3 | 紧急配送（如急诊手术等）保证1小时内送达，同时保证配套仪器随产品一起送达。 |  |  |
| 1.4 | 按照医院要求，高值类手术耗材的产品须在医院建立库存。手术数量明显增加的情况下，必须在医院放置备用的手术所需的耗材。 |  |  |
| 1.5 | 所有植入物必须提供原厂完整齐备的资料。 |  |  |
| 1.6 | 特殊的产品可紧急进行市外调货，以满足医院临床要求。 |  |  |
| **2** | **退换货：** | | |
| 2.1 | 医院接受货物后若有疑义或使用前发现不宜使用的现象，公司随时提供免费退换货服务。 |  |  |
| 2.2 | 近效期退换：对于接近有效期的产品（近效期3个月或以上的），中标人保证无条件更换新批号且效期在半年以上的产品。保证供货产品的实际品牌、规格型号、生产厂家、质量与投标文件内所投产品描述一致；供货产品确保最新生产批号，绝不提供过期或即将过期的产品。 |  |  |
| **3** | **技术支持：** | | |
| 3.1 | 免费跟台服务：①跟台人员严格遵守医院植入类耗材的相关管理制度，并保证按医院流程和规范进行操作。跟台人员必须为专业人员，完全熟悉耗材产品的种类、型号及其用途。②术前认真了解病人的病情，以保证术中产品的正确使用。必须派专人跟台，跟台人员必须提前30分钟到达手术室，协助手术室护士查手术所需的耗材，手术过程中有专业跟台人员配合手术并进行台旁指导，并确保护士知道产品配套仪器的使用。③24小时服务支持,包括一个专门的人员和电话号码。服务支持应该包括节假日。 |  |  |
| 3.2 | 免费提供产品的售后技术培训与医用支持，定期配合医院免费为临床医护人员提供新技术培训，确保我院医护人员能够有效和安全的使用产品和配套的仪器。提供成套产品手册清单供手术室护士参考。同时应该为手术室护士提供详细使用说明手册供术前参考，并提供简明手册供护士快速查找。 |  |  |
| 3.3 | 公司有建立学术群，可对特殊病例、疑难手术等提供支持，如联合会诊、病案讨论、专题研究等。 |  |  |
| 3.4 | 学术交流活动并定期邀请专家到我院讲课交流。学术会议及外出学习根据医院相关管理制度严格执行。 |  |  |
| 3.6 | 其他增值服务，双方定期（4-6个月）回顾服务质量和需求，来确保病人的安全和治病的效率。 |  |  |
| **4** | **术后跟踪：** | | |
| 4.1 | 公司有技术专员对病人进行术后的随访，保证问题及时反馈。 |  |  |
| 4.2 | 定期随访：要求投标公司3个月一次随访，交流存在的问题和产品的变化。如果有紧急问题可随时提出，厂家在下次使用前解决。 |  |  |
| **5** | **流通控制（可追溯性）：** | | |
| 5.1 | 公司有严格的产品市场流通记录控制程序，保证产品的可追溯性。 |  |  |
| 5.2 | 保证序列号（条形码）标识的唯一性，有严格的序列号（条形码）跟踪制度，产品出厂检验资料至少保存10年以上，随时备查。 |  |  |
| 5.3 | 每份产品的使用都建立术后质量跟踪档案，详细填写手术记录，随时被查。 |  |  |
| **6** | **不良反应：** | | |
| 6.1 | 一旦发生质量问题，公司保证接到通知后半小时内响应，两小时内赶到现场。 |  |  |
| 6.2 | 在临床使用中若出现不良医疗反应现象，经国家相关质量监察部门鉴定后，确实属于产品质量问题的，公司承担全部责任。 |  |  |
| 6.3 | 若医院发生与产品相关的事故，不论是否与产品质量有关，公司必须积极参与医院事故的处理。 |  |  |
| **7** | **质量保证：** | | |
| 7.1 | 厂家质量承诺书。具有合法的医用耗材及配送资格的企业，严格按照采购方的要求，及时供货并提供全面完善的服务 |  |  |
| 7.2 | 产品质量符合国家和国际承认的相应标准。 |  |  |
| 7.3 | 产品的包装及相关资料证件严格符合医院要求。 |  |  |
| 7.4 | 保证每次手术都提供原厂完整配套的操作仪器，保手术顺利进行。 |  |  |
| 7.5 | 保证产品的严格消毒灭菌，感染。 |  |  |
| **8** | **对意外事故的保险处理：** | | |
| 8.1 | 有相关的质量保险和赔付。 |  |  |
| **9** | **保证：** | | |
| 9.1 | 保证不向临床人员及职能部门提供礼品、回扣等，保证合法经营，不参加不良竞争。 |  |  |

格式6：冷链供货承诺函（如有需冷藏/冷冻产品，须填写冷链供货承诺函，加盖公章）

广东省生殖医院检验试剂公开招标

（编号：HC-2022-01）

冷链供货承诺函

**广东省生殖医院：**

我单位 （投标公司全称，盖章）是合法注册的医用耗材生产/经营企业。若我单位所投产品获得中标资格，我单位承诺：

1.冷链运输全流程中配备有确保冷藏/冷冻医疗器械说明书和标签标示的特定温度要求范围之内的设施、设备和运输工具，并配备能记录和导出全流程温度的记录仪，保证冷藏/冷冻医疗器械从厂商生产端到医院使用端的全流程始终处于冷藏/冷冻医疗器械说明书和标签标示的特定温度要求范围之内。

2.冷链运输全流程中，必须进行温度监测并记录，送货时必须提供冷链运输记录表，记录内容包括销方单位、购方单位、冷藏/冷冻医疗器械的名称、说明书和标签标示的特定温度要求范围、启运及到达的时间和温度、运输工具名称和接送人员签名等。

3.冷链送货单必须列明生产企业、供货单位、所送冷藏/冷冻医疗器械名称、规格、数量、批号、有效期、注册证、每个冷藏/冷冻医疗器械说明书和标签标示的特定温度要求范围等。

4.违反上述承诺的，贵院有权拒绝收货，一切损失由本公司承担。

5.若因供货问题而影响医院临床工作，贵院有权单方面取消我单位供货资格及以后投标资格。

本承诺期限为：自本承诺函签订日起至本次招标采购周期结束。

投标公司（盖章）：

法定代表人（签字和盖章）：

被授权人（签字）：

日期： 年 月 日

格式8：法定代表人授权委托书（公开招标文件用）

法定代表人授权委托书

**本授权书声明：**

注册于             （公司地址）          （公司名称）                     （法定代表人姓名、职务）代表本公司授权                 （被授权人的姓名、职务）为本公司的合法代理人，以本公司名义负责处理在广东省生殖医院耗材采购活动中相关谈判采购事务。

本授权书于  年 月 日签字生效，有效至  年   月   日，特此声明。

供应商法定代表人签字（亲笔）：

被授权人签字(亲笔）：

企业公章：

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |
| |  | | --- | | **法人代表**  **居民身份证复印件粘贴处**  （请加盖骑缝章） | |  |  | |  | | --- | | **被授权人**  **居民身份证复印件粘贴处**  （请加盖骑缝章） | |