**关于征集医用耗材供应商的通知**

我院拟采购一批医用耗材，详见附表一，现开始征集供应商，报名请提供以下资料：

一、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。

二、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，不需要再交纸质版资料。

报名截止时间：2024年9月3日

地址：石家庄建华南大街365号石家庄市人民医院

医疗设备科

2024年8月27日

附表一：医用耗材需求表

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 项目编码 | 项目名称 | 功能需求 |
| MW0827-01 | LED聚光手术灯 | 1、移动式；  2、LED光源；  3、聚光效果好。 |
| XH0827-01 | 胶囊内镜系统 | 1、用于诊断小肠相关疾病，包括不明原因消化道出血、小肠血管病变、克罗恩病、小肠肿瘤、遗传性息肉病综合征、吸收不良综合征等。  2、需配合胶囊式内窥镜系统使用，品牌：Given Imaging，型号：PillCam SB3；  3、材质：生物相容性塑料；  4、视野：≥156°；  5、像素：≥320\*320；  6、工作范围距离：3-30mm。 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 以下为第二次征集 | | |
| JY0813-01 | 超敏C-反应蛋白测定试剂盒 | 1. 用于定量测定血清中C-反应蛋白含量； 2. 适配机型：全自动生化分析仪，型号AU5800； 3. 要求溯源性明确； 4. 检出限≤0.5mg/L，线性≥320mg/L； 5. 要求国家卫健委临检中心室间质评在用实验室数量多，独立分组。 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 以下为第三次征集 | | |
| JY0801-01 | 白细胞介素1β、白细胞介素6、白细胞介素8、白细胞介素10、肿瘤坏死因子、γ干扰素化学发光法检测试剂盒 | 1、体外定量检测血清中细胞因子浓度，用于脓毒症感染状态监测、疗效评估，自身免疫性疾病、肿瘤患者免疫状态评估；  2、适配机型：DXI800化学发光分析仪或安图A2000化学发光分析仪；  3、所有检测试剂均为化学发光法。 |

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） |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

注：不得空项。