**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4月27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4月23日

附表一：耗材需求表

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 项目编码 | 项目名称 |  |
| JZ0419-01 | 动静脉插管 | 适配：体外膜肺氧合系统，品牌：索林 型号：scp/scpc 要求;1. 带有Cortive生物活性涂层
2. 无菌，无热源，一次性使用器械
3. 环氧乙烷气体灭菌
 |

第三次征集：

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 项目编码 | 项目名称 | 功能需求 |
| W0402-01 | 外科补片 | 适用于腹腔镜下或开放手术治疗直疝、斜疝、股疝、脐疝、和切口疝，以及腹壁组织强化和腹壁修复。防黏连，规格：10\*15cm，15\*15cm，20\*15cm、30\*30cm。 |

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。