**关于医用耗材市场调研公告**

我院拟对定制式固定义齿、定制式活动义齿等耗材进行市场调研，详见附表一，请有意向供应商提供以下资料：

一、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，扫描电子版请在规定时间内发至邮箱srmyyhczj2@126.com，邮件名称：项目编码+项目名称+供应商名称。

截止时间：2025年9月4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

2025年8月28日

附表一：医用耗材明细

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 项目编码 | 项目名称 | 功能需求 |
| KQ0828-01 | 定制式固定义齿、定制式活动义齿 | 1. 用于牙列缺损、牙列缺失的活动修复； 2. 用于牙列缺损、牙列缺失的固定修复； 3. 要求修复体没有肉眼可见的气孔、裂纹 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 以下为二次征集 | | |
| 项目编码 | 项目名称 | 功能需求 |
| EK0819-01 | 母乳分析仪管路清洗液 | 1. 用于母乳分析仪清洗管路；   2、需适配以下机器使用，适配机型：  设备名称：母乳分析仪  生产厂家：北京爱婴  型号：MR-0701A |
| SW0819-01 | 颈动脉支架系统 | 1、用于颈总动脉或者颈内动脉狭窄≥70%的血管重建；  2、材质镍钛合金，支架结构为开环、闭环支架；  3、直径5mm-10mm,长度20mm-40mm，具备直型和锥形两种尺寸；  4、适配0.014英寸导丝 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 以下为三次征集 | | |
| 项目编码 | 项目名称 | 功能需求 |
| XL0805-01 | 临时起搏电极导管 | 1、用于经静脉右心室临时起搏；  2、带球囊，可漂浮。 |
| NF0805-01 | 持续葡萄糖监测系统-传感器 | 1、用于糖尿病患者的组织间液葡萄糖水平的连续或定期监测；可提供并存储连续葡萄糖值，跟踪葡萄糖浓度变化趋势；  2、传感器平均绝对相对误差（MARD值）：9%以下；  3、校准方式：无需指尖血校准；  4、传感器使用寿命：≥10天 |
| YK0805-01 | 眼用全氟丙烷气体 | 用于玻璃体视网膜手术中眼内填充 |
| JY0805-01 | 阿司匹林基因检测试剂 | 1、基因型检测可为临床提供患者与阿司匹林抵抗相关的遗传信息，结合临床实际情况和相关实验室检查结果，为抗血小板药物的疗效和不良反应预测提供依据，指导临床合理用药；  2、需适配以下机器使用，适配机型：  设备名称：实时荧光PCR检测仪  生产厂家：ABI  型号：7500  3、可检测GP1BA 、LTC4S、PEAR1等位基因；  4、内标监控。 |

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 | 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。