**关于医用耗材市场调研公告**

我院拟对血流导向密网支架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srmyyhczj3@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10月11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9月28日

附表一：医用耗材明细

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 项目编码 | 项目名称 | 功能需求 |
| SW0925-01 | 血流导向密网支架 | 1. 用于治疗颅内动脉瘤；

2、材质：主要成分钴铬合金；3、匹配在院的输送支架微导管 |
| HL0925-01 | 移动输液架 | 1. 用于需下床活动患者；
 |

|  |
| --- |
| 以下为三次征集 |
| 项目编码 | 项目名称 | 功能需求 |
| HX0909-01 | 氧气面罩及配件 | 1. 用于需要吸氧的患者使用；
2. 高浓度，高流量，最高可输送80%-90%氧气浓度；
3. 具有双托设计；
4. 具有安全阀设计；
5. 储氧袋1L
 |
| ZX0909-01 | 一次性使用中心静脉护理套件 | 1. 用于中心静脉导管后期维护使用；

2、至少包含：无菌透明敷料10×12cm；酒精棉片3片；无菌巾1个；酒精棉签3根；碘伏棉签3根；无菌手套2个； |
| XW0909-01 | 可吸收性组织加固材料 | 1、用于肺大泡切除术和自发性气胸的治疗，减少术后漏气；2、材料在体内可完全降解；3、具有片状型；4、具有管状型。 |
| XW0909-01 | 胸骨板 | 1. 用于成人胸骨正中切开术后胸骨的合拢固定，适用于心胸外科；
2. 纯钛/钛合金材质，生物相容性好；
3. 固定方式：通过旋转凸轮或扳手实现锁紧；
4. 灭菌包装。
 |

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。