2025年7月28日厦门市中医院医疗耗材公开采购公告

一、说明：

1、我院近期对以下医用耗材产品组织院内谈判采购。

2、参投供应商须保证，具有长期连续供应该产品的资质及能力。若中标后，无法准时连续供货的供应商，今后将不欢迎参与我院的采购活动。

3、根据耗材采购两票制的趋势，欢迎各类产品的一级经销商参与竞争。

4、请具备以上产品生产或销售资质的企业，在公告效期之内，将齐全的资质审核要求的资料报送耗材管理办公室审核。（一式两份，耗材管理办公室及使用科室各一份）。联系人：小张，联系电话：0592-5519368。
5、公告时间：2025年7月28日——2025年8月1日

二、公开采购项目名称：

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** （与6.17公告 一致） | **使用科室** | **项目名称** | **性能要求** | **联系人** |
| 11 | 血管外科/周围血管科 | CTO导丝 | 开通膝下闭塞动脉引导操作，治疗糖尿病足，须包含1、12、30g规格 | 小张 |
| 新增34 | 整形外科 | 可吸收性抗菌缝线 | 6-0规格，可吸收免拆线；可降低炎症、有抗菌效果 | 小张 |

备注：

报名资质审核文件**（报名资料页不要装订，以备逐一扫描存档）**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1 | 供应商报名表 | 附件1 |
| 2 | 报价表 | 附件2 |
| 3 | 《医疗器械注册证》（二类、三类产品需提供）《第一类医疗器械备案信息表》（一类产品需提供） |  |
| 4 | 产品彩页 |  |
| 5 | 供应商《营业执照》 |  |
| 6 | 供应商《第二类医疗器械经营备案凭证》（二类产品需提供）《医疗器械经营许可证》（三类产品需提供） |  |
| 7 | 供应商开户信息及业务联系信息 |  |
| 8 | 谈判代表法人授权书及身份证复印件 |  |
| 9 | 生产厂家或国内总代《营业执照》 |  |
| 10 | 生产厂家《医疗器械生产许可证》（二、三类产品需提供）《第一类医疗器械生产备案凭证》（一类产品需提供）。若为进口产品则提供国内总代对应的经营资质 |  |
| 11 | 产品相关授权链或投标人出具保证产品质量、来源合法和供货能力的相关承诺函 |  |
| 12 | 进口耗材海关报关单等相关合法进口证明文件 |  |
| 13 | 省内其它公立医疗机构的供货证明（协议、发票、清单的复印件），加盖公章 |  |
| 14 | 用户清单 |  |
|  | 国内总代是指国外生产的进口产品在国家食品药品监督管理总局登记注册的代理机构。 |  |

**备注：1-14投标文件按项目内容顺序排列。若无法提供该项目文件，请在该项所对应的页面上填写情况说明。请符合以上报名要求的供应商提供要求的纸质材料。**

**附件1**

|  |
| --- |
| **供应商投标报名表** |
| **投标项目序号及名称** |  |
| **投标供应商** | 　 |
| **使用科室** | 　 | **投标代理人** | 　 |
| **联系电话** | 　 | **投标品牌** | 　 |
| **投标规格型号** | 　 | **生产厂家** |  |
| **耗材注册证名称** | 　 | **耗材注册证号** | 　 |
| **耗材注册证效期** | 　 | **耗材是否专机专用** | 　 |
| **市场高端度** | **（可选高、中、低）** | **耗材价格** | **可详列于报价表** |
| **同档次竞争品牌1** | 　 | **同档次竞争型号/规格** | 　 |
| **同档次竞争品牌2** | 　 | **同档次竞争型号/规格** | 　 |
| （本人已确认以上填写信息真实、完整、无误。）                |
|                                    签名： 盖章： |

**附件2**

**报价表**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 注册证产品名称 | 规格型号 | 生产厂家（全称） | 计价单位 | 单价（元） | C码 | 注册证号 |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

 供应商名称（盖章）：