**厦门市妇幼保健院2025年5月份拟公开采购医疗设备公告 （院内谈判）**

**一、说明：**

1.为进一步满足临床使用需求，我院拟对下列医学装备项目进行了解论证，并于近期组织院内采购；

2.请具备资质的生产企业、经营企业收集产品资料，制作投标文件（胶装成册），并于2025年5月16日上午11:00前报送运营管理部审核（1号楼11楼1111室），联系人：李老师，电话：0592-2663370；

3.医疗设备进入招标程序后，我院通知具备资质且审核通过供应商参加院内谈判，本次招标评审，按照至少1轮谈判、投标人2次报价方式，综合考虑采购需求、质量和服务要求及产品价格等因素确定成交供应商根。

**二、项目名称及数量**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 使用科室 | 项目名称 | 数量 | 单位 | 控制价（万元） | 用途 | 备注 |
| 1 | 产科、新生儿科（集美院区） | 婴儿床 | 83 | 张 | 20 | 病房使用 |  |

**三、投标材料如下：**

**递交必备文件清单**

|  |  |
| --- | --- |
| **序号** | **资料名称** |
| 1 | 投标封面：应注明供应商（生产商）企业名称、所投项目名称，并注明联系人及联系方式，详见附件1 |
| 2 | 产品报价（本次报价作为投标人第1次报价，具体格式详见附件2） |
| 3 | 产品信息：产品生产厂家、品牌、型号、产地，主要性能（含优势、亮点）并提供彩页资料 |
| 4 | 设备详细技术参数 |
| 5 | 设备标准配置清单及选配件清单（含分项报价，具体格式详见附件3） |
| 6 | 配套耗材、试剂及易耗品报价表，并注明是否为专机专用（具体格式详见附件4） |
| 7 | 不同品牌同档次型号、关键参数、配置对比表（请如实填写，具体格式详见附件5） |
| 8 | 设备同系列各型号产品主要技术及参数对比表（填写附件6） |
| 9 | 产品市场占有率及近两年用户清单 |
| 10 | 提供产品最近一次中标资料  （尽可能提供福建省内同类型三甲医院中标资料，含中标通知书、招标参数、配置清单、配套耗材及试剂、发票复印件） |
| 11 | 提供生产厂家、供应商资质（填写附件7）  （含厂家授权书、医疗器械注册证、经营许可证、生产许可证、谈判代表法人授权书及身份证复印件、进口产品提供报关单、产品检测报告等） |
| 12 | 承诺交货时间及原厂售后服务承诺（填写附件8）  （含质保期、范围、是否安排驻点维保人员、响应速度及质保到期后年度维保费用报价） |
| 13 | 财务状况、纳税证明、社保资金证明（填写附件9） |
| 14 | 前3年内在经营活动中没有重大违法记录的书面声明（填写附件10） |
| 15 | 廉洁告知书（填写附件11） |

**备注：**

1**.**1-15项均为必备资料，按项目内容顺序排列，并注明页码，胶装成册。

2.若无法提供该项目相关文件，请在该项所对应的页面上填写情况说明。

3.所提交产品报价材料作为投标第一次报价，请供应商务必保证所填信息真实准确，请供应商参照模板如实填写，我院将组织工程师对投递产品资料进行严格审核，若有弄虚作假或其他问题将按照相关法律法规严肃处理。

4.投标文件一正一副每页必须加盖公章。

厦门市妇幼保健院

2025年5月9日

附件1：

**厦门市妇幼保健院**

投

标

材

料

项目名称：

序 号：

供 应 商：

联 系 人：

联系方式：

日 期：

附件2：产品报价

项目名称： 采购序号：

**报价一览表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **货物名称** | **品牌型号** | | **数量** | **单价**  **（元）** | **小计**  **（元）** | **保修期** | **交付期** |
| 1 |  |  | |  |  |  |  | 合同生效之日起 天内货到，安装调试完毕并验收合格交付使用 |
|  | | | 首次总报价（大写）：人民币 | | | | | |

**报价明细表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 品目号 | 货物名称 | 品牌 | 规格型号  技术参数 | 产地 | 数量 | 单价 | 小计 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| 总价：大写（人民币） | | | | | | | |

供应商全称（加盖公章）：

投标代表签字：

日 期：

附件3：设备标准配置清单及选配件清单

设备标准配置清单

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 名称 | 原产地 | 数量 | 价格 | 备注 |
| 1 |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |
| ... |  |  |  |  |  |
| 合计 |  |  |  |  |  |

选配件清单

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 名称 | 原产地 | 数量 | 价格 | 备注 |
| 1 |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |
| ... |  |  |  |  |  |
| 合计 |  |  |  |  |  |

说明：

本清单应列明组成货物的主要件和关键件的名称、数量、原产地及单价；

本清单应列明专用工具的名称、数量、原产地及单价（如果有的话）；

本清单应列明备品备件的名称、数量、原产地及单价（如果有的话）。

供应商全称（加盖公章）：

投标代表签字：

日 期：

附件4：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **设备使用相关耗材试剂情况表** | | | | | | | | | | | | |
|  | 注册证名称 | 规格 | 型号 | 注册  证号 | 中标情况 | | 生产  厂商 | 单价 | 物价部门核准  本耗材单独收费代码 | 无单独收费（包括本耗材收费项目） | | |
| 厦门  市标 | 福建  省标 | 收费名称 | 收费标准 | 收费代码 |
| 专机专用耗材 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 非专机专用耗材 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

供应商全称（加盖公章）：

投标代表签字：

日 期：

附件5：

**不同品牌同档次型号、关键参数、配置对比表**

**（项目名称： ）**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **品牌/型号** | **品牌1** | **品牌2** | **品牌3** | **备注** |
|  |  |  |  |
| 1.产地  （国产/进口） |  |  |  |  |
| 2.产品注册证 |  |  |  |  |
| 3.关键参数1  （参数名称） |  |  |  |  |
| 4.关键参数2  （参数名称） |  |  |  |  |
| 5.关键参数3  （参数名称） |  |  |  |  |
| 6.关键参数4  （参数名称） |  |  |  |  |
| ………… |  |  |  |  |
| **配置对比** |  | | | |
| 9.配置1  （配置内容） |  |  |  |  |
| 10.配置2  （配置内容） |  |  |  |  |
| 11.配置3  （配置内容） |  |  |  |  |
| ………… |  |  |  |  |
| 12.保修年限 |  |  |  |  |
| 13.市场价格 |  |  |  |  |

（填写人务必保证以上填写信息真实、完整、无误，对比详尽，否则将取消投标资格，并列入供应商黑名单。）

供应商全称（加盖公章）：

投标代表签字：

日 期：

附件6：

**设备同系列各型号产品主要技术参数对比表**

**（项目名称： ）**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **型号** | **拟参加投标型号** | **型号1** | **型号2** | **型号3** |
| **关键参数名称** |  |  |  |  |
| 1 |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| ... |  |  |  |  |  |
|  | 市场价格 |  |  |  |  |

（填写人务必保证以上填写信息真实、完整、无误，否则将取消投标资格，并列入供应商黑名单。）

供应商全称（加盖公章）：

投标代表签字：

日 期：

附件7：提供生产厂家、供应商资质

**法定代表人授权书**

致： 厦门妇幼保健院

（供应商全称）法定代表人 授权 （投标代表姓名）为供应商投标代表，代表本公司参加贵院组织的 项目（采购序号 ）采购活动，全权代表本公司处理谈判过程的一切事宜，包括但不限于：（1）签署、澄清、补正、修改、撤回、提交投标文件；（2）签署并重新提交投标文件及报价；（3）退出谈判；（4）签订合同和处理有关事宜。投标代表在谈判过程中所签署的一切文件和处理与之有关的一切事务，本公司均予以认可并对此承担责任。谈判代表无转委权。特此授权。

本授权书自出具之日起生效。

投标代表： 性别： 身份证号：

单 位： 部门： 职务：

详细通讯地址： 邮政编码： 电话：

授权方

供应商全称（加盖公章）：

法定代表人签章：

日 期：

接受授权方

投标代表签字：

日 期：

**后附：投标代表的身份证复印件（正反面均需复印）**

**报价医疗器械的《产品备案证明》或《医疗器械注册证书》**

**注意：上述证明若带有附件的，附件请一并提供。**

**《医疗器械经营备案凭证》或《医疗器械经营许可证》**

**注意：上述证明若带有附件的，附件请一并提供。**

附件8：承诺交货时间及原厂售后服务承诺

**技术支持内容和售后服务承诺**

项目名称： 采购序号：

**（由供应商根据本项目特点进行编写）**

……

供应商全称（加盖公章）：

投标代表签字：

日 期：

附件9：

**财务状况、纳税证明、社保资金证明**

**（一）近期（上一月或上一季度或上一年度）财务状况报告**

资产负债表、利润表、现金流量表和所有者权益变动表及其附注（小企业可不提供所有者权益变动表）；或基本开户银行出具的资信证明；或专业担保机构出具的投标担保函。

**（二）近期（上一月或上一季度或上一年度）缴纳税收和社会保障资金的相关材料**

1. 税务登记证及缴纳增值税、营业税和企业所得税的凭据。
2. 社会保险登记证及缴纳社会保险的凭据（专用收据或社会保险缴纳清单）。
3. 依法免税或不需要缴纳社会保障资金的供应商，应提供相应文件证明其依法免税或不需要缴纳社会保障资金。

**（三）关于无法提供（一）、（二）部分材料的情况说明**

说明：若谈判响应供应商因新注册成立、执行“营改增”、《小企业会计准则》政策、所有者权益未发生变动等原因无法提供上述（一）、（二）证明材料的，应在“（三）”中提交如实的情况说明。

供应商全称（加盖公章）：

投标代表签字：

日 期：

附件10：

**前3年内在经营活动中没有重大违法记录的书面声明**

致：厦门市妇幼保健院

我司郑重声明，在本项目首次响应文件截止之日的前3年内，我单位在经营活动中，没有因违法经营受到刑事处罚或者责令停产停业、吊销许可证或者执照、较大数额罚款等行政处罚。

我司在本项目提交首次响应文件截止之日的前3年内，因违法经营被禁止在 年 月 日至 年 月 日期间内参加政府采购活动，至本项目提交首次响应文件截止之日，期限已届满的，可以参加本次政府采购活动。（若有该情况，请如实填写，若无，本段内容请供应商自行删除）

供应商全称(加盖公章)：

投标代表签字：

日 期：

附件11：

廉洁告知书

：

为进一步完善厦门市属公立医疗单位采购监督制约机制，防止发生医疗领域商业贿赂行为，贵司在医疗机构采购活动中要廉洁自律、诚实守信，遵守如下规定：

1. 严格遵守国家有关工程建设、招标投标、物资采购、服务采购等相关法律法规、政策以及廉政建设规定。
2. 坚持公平、公正、公开和诚实守信的原则，不得为获取不正当利益损害国家、集体、第三人和对方利益。
3. 不得有商业贿赂行为，如赠予甲方人员现金、物品、有价证券，或以支付凭证、理财等方式变相支付本应由甲方人员承担的款项。
4. 不得以任何理由邀请甲方人员进入营业性娱乐场所或者参加影响业务工作公平公正开展的其他活动。
5. 不得到甲方医疗场所、工作人员家中推销产品并提供任何好处费，不得采用不正当手段进行临床促销活动。
6. 不得以回扣、宴请等方式影响甲方人员采购或使用医药产品的选择权，不得在学术活动中提供旅游、超标准支付食宿费用。

如违反上述规定，甲方有权选择立即中止、终止或解除与贵司正在进行的任何业务关系，贵司应承担甲方因此产生的经济损失、不良后果及相应的违约责任。

厦门市妇幼保健院

年 月 日

厦门市妇幼保健院廉洁告知书我已收到，内容我已知悉并理解，我方承诺将严格按照《廉洁告知书》相关内容履行。

签字：

单位盖章：

日期：