重庆市江津区第二人民医院

需求调研公告——血液透析机（第二次）

一、项目名称

项目名称：血液透析机

二、项目内容

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 项目一览表 | | | | | |
| **序号** | **设备名称** | **设备内容及配置要求** | **预算**  **（万元/台）** | **拟采购数量（台）** | **备注** |
| 1 | 血液透析机 | 满足高通量血液透析、普通血液透析、血压检测功能，可以接入血透智能系统。 | 10 | 6 |  |

三、调研方式：院内阳光推介

四、参与人资格要求：

（1）具有独立承担民事责任的能力；

（2）具有良好的商业信誉和健全的财务会计制度；

（3）具有履行合同所必需的设备和专业技术能力；

（4）有依法缴纳税收和社会保障资金的良好记录；

（5）参加政府采购活动前三年内，在经营活动中没有重大违法记录；

（6）法律、行政法规规定的其他条件。

五、相关要求

（一）资料递交：2025年8月20日-2025年8月27日17:00（非工作时间不接受资料提交）

1.《供应商代表阳光推介预约登记表》（附件1）；

2.产品资料（包括且不限于）：

（1）产品名称、生产厂家、规格型号、厂家联系人及电话、邮箱；

（2）若该设备涉及耗材、试剂，需准确填报拟推荐设备的基本信息及产品和耗材报价明细表（附件2）。医院不接受恶意低档产品低价充好，低价设备高价维保维修等不正当竞争的销售模式；不得诋毁同类其他品牌产品；不得提供虚假信息，一旦发现，医院将严肃处理。

（3）推荐产品系统配置说明：包括推荐设备系统的系统主机、软硬件配置、选配件和第三方配套设备设施等保证设备系统正常运行所需的各项配置的详细说明；

（4）推荐产品易损件及主要零配件的品牌、规格型号及报价；

（5）推荐产品临床技术应用：请简要介绍拟推荐设备的临床应用技术特点，特别是产品自身的临床应用技术特色和区别于同类其他厂家同档次设备的临床应用；

（6）同档次同类产品比较：推荐产品与其他品牌同类型、同档次产品在工作原理、结构组成、功能性能、技术参数、核心指标、产品配置及市场价格的对比情况；

（7）厂家售后服务能力（包括但不限于）：除设备配套耗材/试剂外，各设备厂家须提供设备系统整机应注明质保期外系统整机每年度年保费用和保修范围。

3.资质材料（包括且不限于）：

（1）经销商资质（营业执照、经营许可证）；

（2）生产厂家资质（营业执照、生产许可证）；

（3）产品资质（注册证及附件、备案凭证等）；

（4）授权资料（法定代表人及递交人的身份证复印件、法定代表人对资料递交人的授权委托书、生产企业对代理经销商的授权书）。

备注：按生产厂家及各级代理商资质证件和各公司层级授权委托书、产品资质证件的顺序，明确体现证件齐全及各层级授权关系。

4.价格相关材料：

（1）提供推荐品牌用户名单（注明使用单位名称、联系人和联系方式，三甲医院排前面）

（2）同品牌型号产品本公告公开之日起往前两年内在公立医院签订的购销合同。

（二）所有资料按顺序制成PDF电子版（需加盖公章）发QQ邮箱：1252639389@qq.com，邮件命名要求：参与项目名称+公司名称+联系人+电话，纸质版（接通知后现场交），需加盖公章。

（三）现场报名地点：重庆市江津区第二人民医院采购办（江津区白沙镇增光大道333号）

（四）需要勘查现场的，自行前往，联系部门：医学装备科。

（五）监督电话：023-47340086（纪委办公室）

（六）报名咨询联系方式

联系人：杨老师      联系电话：023-47330200

六、特别说明

（1）提交的所有资料须合法、真实、有效、清晰，并加盖鲜章，按顺序编订成册，并在首页编制目录，资料的规范性作为比选的依据之一。

（2）以上调研需求产品资料纸质版与PDF电子版均需加盖公章。后续需将纸质版资料自行携带至推荐会现场。（以电话通知为准）

（3）本次医学装备需求调研是本单位采购工作的初步安排，具体采购项目情况以相关采购公告和采购文件为准，最终解释权归重庆市江津区第二人民医院。

七、纪律要求

各供应商应严格遵守诚信、廉洁纪律，否则按照医院《供应商不良信用“黑名单”管理制度(试行)》列入我院供应商黑名单，有违法行为的将移交司法机关处理。

附件：1.《供应商代表阳光推介预约登记表》

2.耗材报价明细表

                                       重庆市江津区第二人民医院

2025年8月20日

附件1

供应商代表阳光推介预约登记表

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **单位名称** |  | | |
| **代表姓名** |  | **性别** |  |
| **身份证号** |  | **手机号** |  |
| **是否与医院**  **有往来合作** | **是** | **合作项目** |  |
| **合作时间** |  |
| **否** |  |  |
| **推荐类别** | 耗材 试剂 药品 设备 服务 其他 | | |
| **产品或项目名称** |  | | |
| **产品介绍** | **注册名称** |  | |
| **注册证号（备案号）** |  | |
| **生产厂家（品牌）** |  | |
| **规格型号** |  | |
| **数量（台/套）** |  | |
| **综合单价（万元）** |  | |
| **总价（万元）** |  | |
| **主要性能** |  | | |
| **质保年限** |  | **使用年限** |  |
| **备用机** | 有  无 | **后期维保及费用** |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **附件2**  耗材报价明细表 | | | | | | | | | | | | |
| **序号** | **耗材名称** | **注册证号** | **生产厂家** | **规格型号** | **包装规格** | **最小发货量** | **单价（元）** | **产品效期** | **国家医保码** | **药交所平台编码** | **医保报销类别** | **备注** |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

备注：可自行添加序号。