**关于邀请参加项目采购前综合论证的函**

**各相关供应商：**

威海市立第三医院拟对编号LZ2021-20SB的血培养仪等医用设备项目实施采购前综合论证，欢迎相关供应商积极参与。

拟参与供应商务必全面、认真阅读本函所有内容，并严格按本函要求落实参与事宜。未按要求履行程序或者未按要求提供资料的供应商，无法取得参与资格。

**一、论证的时间**

2021年10月29日14:00，当日13:45至13:55签到

**二、论证的地点**

威海市立第三医院三楼西区第二会议室

**三、论证的内容**

见附件4《论证小项清单》

**四、论证的报名**

拟参加的供应商应当于 2021年10月23日12:00前派员持公司《营业执照》复印件1份到医院招标办报名。

**五、论证的目的与方式**

通过与供应商进行沟通与谈判，掌握相关产品与服务的质量层次、价格水平、配置方案、保障体系、市场应用等相关信息，为未来拟定医院2022年度医用设备采购计划和实施采购提供相关决策依据。

如经论证，确定医用设备的总价（单价×计划数量）不超过10万元的，在其纳入年度采购计划后，可依据医院的规定，经审批直接向目标供应商采购。

论证参照竞争性蹉商的方式。现场谈判的顺序按照报名的先后顺序反向进行。

**六、论证现场需要的资料**

**（一）销售商资质**

1.《营业执照》复印件1份

2.经营许可或者经营备案凭证复印件1份

注:①生产商直接参与的不需要提供销售商资质。

 ②产品为第三类医疗器械的提供《医疗器械经营许可证》复印件；为第二类医疗器械的提供《第二类医疗器械经营备案凭证》复印件；为第一类医疗器械和不属于医疗器械的，不需要提供经营许可或经营备案凭证。

**（二）生产商资质**

1.《营业执照》复印件1份

2.生产许可或者生产备案凭证复印件1份

注：①进口产品不需要提供生产商资质。

②产品为第三类、第二类医疗器械的提供《医疗器

械生产许可证》复印件；为第一类医疗器械的提供《第一类医疗器械生产备案凭证》复印件；不属于医疗器械的，不需要提供生产许可或生产备案凭证。

**（三）产品资质**

产品的注册或者备案资料复印件1份

注：产品为第三类、第二类医疗器械的提供《医疗器械注册证》复印件；为第一类医疗器械的提供《第一类医疗器械备案信息表》复印件；不属于医疗器械的提供自定格式的《关于\*\*产品不属于医疗器械的说明》。

**（四）参与人员资质**

附件1格式的《法人授权委托书》1份

**（五）产品报价**

附件2格式的《报价单》5份

注：可选配置报价列于标准配置之后，产品需要使用专用耗材的（非指配件、易损件），提供专用耗材的名称、规格、生产商、价格，规格中要体现可使用的人次数量。

**（六）市场应用**

附件3格式的《同类产品市场应用情况表》5份

注：罗列同品牌同规格型号（如同规格型号市场应用较

少，可适当提供关联规格型号)产品的市场分布情况，数量不超过20家，顺序为威海区域三甲医院、威海区域二甲医院、省内其他区域三甲医院、其他类别的医院。

**（七）产品优势与质量保障**

自定义格式A4纸反正面打印的《产品优势与质量保障措施》5份

注：全部内容不得超过2张A4纸。

**要求：**以上（一）至（七）严格按照要求的种类、数量、顺序整理为一套资料（严禁乱提供非本函要求的资料），每页加盖参与论证公司的红章，使用长尾夹（首选）或拉杆夹固定。

**（八）产品彩页**

如有，提供5份

**（九）其他资料**

原则上不需提供其他资料，但如果供应商认为确有必要追加提供的，可提供不超过2种、每种1份的其他资料。

**七、其他事项要求**

医院接受供应商在论证前的合理时间来院勘查与咨询，但在来院前需要与医院招标办联系确定相关事宜。

**八、联系人与联系方式**

联系人：王博

电 话：0631-5960192

邮 箱：slsyzbb@163.com

附件：1.法人授权委托书

2.报价单

3.同类产品市场应用情况表

4.论证小项清单

 威海市立第三医院

2021年10月14日

附件1

**法人授权委托书**

本授权书声明： （公司名称）法定代表人 （姓名），代表本公司授权 （姓名）为本公司的合法代理人，参加威海市立第三医院 （项目编号）项目的综合论证，并以本公司名义处理一切与之有关的事宜。

本公司已充分理解本项目邀请函的全部内容，并承担因理解错误所导致的不利后果。

法定代表人签字：

被授权人签字：

授权单位盖章：

被授权人身份证复印件粘贴于下框：

|  |
| --- |
|  |

附件2

**报价单**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **类别** | **产品名称** | **规格型号** | **生产商** | **质保期** | **价格（元）** |
| 标准配置 |  |  |  |  |  |
| 可选配置 |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| 专用耗材 |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

**注：产品有专用耗材的，除提供名称、规格型号、生产商、价格外，规格型号中要体现可使用人次。**

参与公司盖章：附件3

**同类产品市场应用情况表**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **序****号** | **使用单位** | **联系人** | **联系电话** | **装机****年度** | **规格型号** | **数量** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

参与公司盖章：附件4

**论证小项清单**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **小项序号** | **项目名称** | **数量** | **备注** |
| LZ2021-20SB-1 | 全自动血培养仪 | 1台 |  |
| LZ2021-20SB-2 | 全自动血液分析流水线 | 1套 |  |
| LZ2021-20SB-3 | 全自动免疫组化染色机 | 1台 |  |
| LZ2021-20SB-4 | 口腔综合治疗椅 | 1台 |  |
| LZ2021-20SB-5 | 视力筛查仪 | 1台 |  |