**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LZ2023-43SB的视频眼震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**

2023年12月15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5《论证小项清单》。

项目付款方式执行政府采购相应规定。

**四、论证的报名**

拟参加的供应商应当于 2023年12月13日17:00前派员持公司《营业执照》复印件和附件1《报名信息表》各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，为未来实施采购提供标准和依据。

医用设备为政府采购范畴，论证成熟且纳入年度预算后将实施政府采购。

论证参照竞争性蹉商方式，商谈的顺序按照报名的先后顺序反向进行。

供应商不可就本项目的全部或者部分提供超过一种方案要求医院实施选择。

**六、论证现场需要的资料**

**（一）供应商资质**

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供应商资质。

 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2格式的《法人授权委托书》1份

**（五）报价单**

附件3格式的《报价单》3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4格式的供应商《市场应用情况表》3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措施**

自定义格式A4纸正反面打印的《产品优势与质量保障措施》3份

**（八）产品彩页**

如有，提供3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

**注意：**以上（一）至（九）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），除产品彩页外每页加盖供应商的红章，使用长尾夹固定。同一供应商参与多个医用设备小项的，每个医用设备按照前述要求提供一套资料。

**七、其他事项要求**

（一）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。

（二）供应商报名结束后，医院将通过天眼查商业查询平台进行查询，发现供应商之间有出资、隶属、关联或者实际控制关系的，保留先报名供应商的参与资格，取消后报名供应商的参与资格并电话告知。

**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.报名信息表

2.法人授权委托书

 3.报价单

4.市场应用情况表

5.论证小项清单

威海市立第三医院

2023年11月28日

附件1

**报名信息表**

编号：

名称：

以下为具体报名信息

|  |  |
| --- | --- |
| 报名日期 |  |
| 公司全称 |  |
| 办公固话 |  |
| 电子信箱 |  |
| 公司地址 |  |
| 联系人 |  |
| 手机号码 |  |

附件2

**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：

 （授权单位在此处盖章）

被授权人签字：

被授权人身份证复印件粘贴于下框：

|  |
| --- |
|  |

附件3

**报价单**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **类别** | **产品名称** | **规格型号** | **生产商** | **免费****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。**

必须额外满足的付款要求和对于报价的追加说明（如有）：

供应商盖章：

附件4

**市场应用情况表**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **同类产品/服务采购单位** | **采购年度** | **联系人** | **联系电话** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

供应商盖章：

附件5

**论证小项清单**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **小项序号** | **项目名称** | **数量** | **使用方向** |
| LZ2023-43SB-1 | 视频眼震仪 | 1台 | 神经内科 |
| LZ2023-43SB-2 | 空气压力治疗仪 | 1台 | 神经内科 |
| LZ2023-43SB-3 | 人体成分分析仪 | 1台 | 营养科 |
| LZ2023-43SB-4 | 灌注泵 | 1台 | 手术室 |