四川省妇幼保健院“外科手术引流导管、微创筋膜闭合器、雾化吸入器”市场调研公告

各潜在合作机构：

我院拟重新采购“外科手术引流导管、微创筋膜闭合器、雾化吸入器”现将相关事宜公示如下:

1. **项目名称：外科手术引流导管、微创筋膜闭合器、雾化吸入器**

二、本市场调研项目在“四川妇幼保健网”主页(http:∥www.fybj.net)上公开发布（提供免费下载），供符合条件的生产企业、经营企业以及潜在供应商前来参加产品市场调研。

三、市场调研期限：**2022年10月11日-2022年10月14日**。市场调研期间，请各潜在供应商到我院医学装备部提交产品资料。**[并将可编辑电子版产品报价资料和产品技术参数发至QQ邮箱514641982@qq.com](mailto:并将可编辑电子版产品报价资料和产品技术参数发至QQ邮箱514641982@qq.com)。**

四、市场调研品目配置及功能需求（见附件1）。

五、提供真实齐全的资质证明文件一份（保证所提供的各种材料和证明材料的真实性，承担相应的法律责任，并请按照下面的顺序装订）：

（一）国产医疗器械生产企业或经营企业

1、封面（注明品目、公司名称、联系人、联系电话、加盖公司印章）

2、营业执照（经有效年检，副本）

3、医疗器械生产许可证、医疗器械经营许可证（副本）

4、医疗器械产品注册证和注册登记表（如无，请提供支撑文件）

5、代理产品授权委托书

6、经办人授权委托书（原件）,身份证复印件

7、报价一览表（格式见附件2）

8、产品技术参数、产品说明书或与推荐医疗器械型号一致的产品彩页资料和其他有关介绍资料。

（二）进口医疗器械经营企业

1、封面（注明包号、品目、公司名称、联系人、联系电话、加盖公司印章）

2、营业执照（经有效年检，副本）

3、医疗器械经营许可证（副本）

4、医疗器械产品注册证和注册登记表（如无，请提供支撑文件）

5、代理产品授权委托书

6、经办人授权委托书（原件）,身份证复印件

7、国家规定的其它相关资质证明文件或其它涉及特许经营许可的须提供经营许可证书的复印件。如：卫生许可证、药品经营许可证、生产批件或新药证书等

8、报价一览表（格式见附件2）

9、产品技术参数、产品说明书或与推荐医疗器械型号一致的产品彩页资料和其他有关介绍资料。

六、报价要求

1.以人民币报价（格式见附件2）。

2.报价表中的价格应包括货物设计、材料、制造、包装、运输、装卸、保险、关税、增值税、仓储、商检、卫检、报关、输机、清关手续费、安装、调试、培训、质检、保修、其它伴随服务等所有费用。

3.可提供多种备选产品/品规，分别报价，并分别说明性能、配置及技术参数。

七、其他说明：

1、根据要求及自身实际用A4纸编制市场调研书，严格按上述第五条的装订顺序对所列包每样仪器设备分开编制市场调研书，须标注页码，无需密封。

2、如有，提供相关的产品技术资料（如：出厂检验合格证书、技术说明书、等完整的技术资料等）。

3、提供的所有资料须加盖鲜章。

4、特别申明：现公示的功能需求、配置及技术性能因市场了解的局限性，仅作为医院市场调研参考使用，无任何针对性，如有不全之处，敬请理解，并请参与单位详实介绍推荐产品，最终配置和技术参数以购买时为准。对未公示配置及技术性能的，请各潜在供应商自行提供。

5、市场调研期间，如需进行产品介绍公司须有商务代表与技术代表同时到场。

八、**市场调研书的递交：于2022年10月14日17：30前**一式一份送交四川省妇幼保健院医学装备部（综合楼2楼）。

九、项目联系方式：

地址：成都市武侯区沙堰西二街290号

联系人：卢老师

电 话：028-65978372

十、相关附件：

附件1：市场调研项目要求

附件2：报价一览表

附件3：用户情况表

**附件1：**

**市场调研项目要求**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **序号** | **产品名称** | **技术性能等基本要求** |
| 1 | 外科手术引流导管 | 用于体表创伤或切口引流。 |
| 2 | 微创筋膜闭合器 | 用于腹腔镜手术中收拢组织、经皮缝合，以闭合手术切口。 |
| 3 | 雾化吸入器 | 1. 供临床雾化治疗时使用。由雾化杯（瓶）、气导管、咬嘴或面罩组成。 2. 有成人型和儿童型可供医院选择。 |

**附件2：**

**报价一览表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 产品  名称 | 注册证名称 | 生产厂家 | 规格  型号 | 单位 | 报价  （元） | 四川省药械集中采购及医药价格监管平台耗材商品代码 | 国家医用耗材代码 | 注册证号 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

备注：1.类别必须和附件1《市场调研明细表》中的类别一致；

2.尽量包含所有可提供的器械

公司名称：

代表签字：

联系方式：

日期：

**附件3：**

**用户情况表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 省外省级以上单位用户 | 用户  名称 | 规格型号 | 数量 | 合同价格或  中标价格 | 使用时间或  中标时间 | 联系人及  联系方式 | 备注 |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| 省内省级单位用户 |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| 省内其他用户 |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

说明：1、表中产品为近三年销售，用户仍在使用的货物；

2、只填写与本次市场调研产品一致或相当的规格型号。