附件：

广元市第一人民医院

拟采购设备推荐论证要求

1. **项目编号：SBXQLZ-2025-02**
2. **项目名称：广元市第一人民医院便携式手功能康复训练系统等一批医疗设备推荐论证项目**
3. **项目内容及基本要求**

**(一 )项目清单**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **项目名称** | **数量** | **主要功能用途及配置需求** |
| 1 | 便携式手功能康复训练系统 | 1台 | 用于神经系统疾病引起的手功能障碍及肌骨运动系统疾病引起的手功能障碍。 |
| 2 | 多波段光谱治疗仪 | 1台 | 用于预防和治疗维生素D不足和缺乏，血糖控制不佳2型糖尿病的辅助治疗用于预防和治疗原发性骨质疏松症及。 |
| 3 | 内热针治疗仪 | 1台 | 适用于软组织骨关节疾病患者，通过内热针治疗从皮下筋膜到深层骨膜致痛的无菌性炎症，松解变性痉挛肌肉组织。 |
| 4 | 气囊式体外反搏装置 | 1台 | 用于心脑缺血性疾病的治疗。 |
| 5 | 血液透析机 | 4台 | 用于尿毒症患者、急性肾功能衰竭患者、药物或毒物中毒患者等的血液透析治疗。配置在线血压监测装置和在线清除率监测装置。 |
| 6 | 血液透析滤过机 | 6台 | 用于尿毒症患者、急性肾功能衰竭患者、药物或毒物中毒患者等的血液透析滤过治疗。配置在线血压监测装置和在线清除率监测装置。 |
| 7 | 糖尿病治疗仪 | 1台 | 配合药物用于2型糖尿病并发症的辅助治疗，可预防、控制和治疗糖尿病并发症。 |

**四、推荐供应商资格要求**

（一）符合《中华人民共和国政府采购法》第二十二条规定的条件

（二）根据采购项目的特殊要求，参加推荐会的供应商的特定条件 ：

1、推荐产品须符合《医疗器械监督管理办法》和《医疗器械监督管理条例》要求并提供相关资质文件。

2、推荐产品为进口的须提供产品制造厂家对推荐产品的授权书，或具有授权权限的代理商对推荐产品的授权书，（产品授权书须能显示产品制造厂家对推荐产品授权链条的完整性）。

3、参加推荐人员的法人授权委托书原件，法定代表人及授权代表身份证复印件。

**五、推荐文件要求（所有资料需加盖公司鲜章）**

1、推荐文件纸质资料要求

1.1推荐文件需装订成册用文件袋密封，文件袋封面标明项目名称、项目编号、序号、报价供应商名称并在密封处加盖报价公司鲜章，同一报价供应商对多个序号产品进行推荐时需将每一序号的推荐资料单独密封。

1.2推荐文件份数：正本 1份；副本4份

1.3推荐文件封面的标注：推荐文件正本和副本的封面上均应标明：项目名称、项目编号、序号、推荐供应商名称、联系人、联系方式、年月日；并分别在右上角标明“正本”和“副本”字样（副本可以是正本的复印件）。

2、产品配置方案、报价及同品牌同型号产品四川省内用户名单（列明联系人及联系方式，必须至少附一份可核实的四川省内销售合同主体、中标通知书或发票复印件等证明材料）。

3、技术参数、功能特点、详细配置清单及相应配置型号、产地。

4、选配件市场价及优惠价，列出详细清单。

5、市场同档次产品对比情况，如推荐产品为进口的，同时需详细说明国产产品与进口产品的主要性能指标、功能或应用场景（模版见附件2）。

6、售后服务承诺书（质保期限、维修站地点及联系方式、能否提供操作及维修手册、操作及维修人员培训方式、质保期外维修方式及收费情况、常用维修配件及核心部件清单及价格。

7、证照复印件：医疗器械注册证、医疗器械生产许可证或医疗器械经营许可证、有效营业执照。

8、参加推荐会的人员须提供法定代表人身份证（正反面的复印件），参加推荐会代表人身份证（正反面的复印件），法定代表人授权书原件(投标代表是法定代表人无需)。

9、如果需要授权才能销售的产品，需提供厂家授权书，须能显示推荐产品授权链条的完整性。

10、产品彩页。

11、推荐人根据所推荐的产品技术参数、功能特点、配置清单按照推荐产品信息表（见附件1）的要求进行报价。报价为不同品牌或不同型号的意向成交价。

**六、电子文档：**各参加推荐会供应商制作PPT按下列顺序进行：

1、产品功能及配置介绍

2、产品报价和配置清单

3、售后服务方案及质保期后维保价格

4、设备配套耗材价格及易损件名称和价格

5、市场同类同档次产品的比较表

6、如推荐产品为进口的则需提供国产产品与进口产品比较表（见附件2）

7、产品技术参数

需将以上要求的内容制作成PPT文件，在推荐会时进行讲解，同时将PPT文件、推荐产品的电子版技术参数(word版)单独用U盘存储，在寄送资料时一并将U盘交医院留存。

1. **其他要求：**

根据《广元市第一人民医院工作人员接待医药代表管理暂行办法》的要求，各报名供应商需另外单独提供以下建档资料：

1、医药代表身份证明、医用器械与医用耗材等生产经营企业法定代表人签字或盖章的授权委托书，授权开展的业务和授权期限。

2、加盖企业公章的《医药代表诚信廉洁承诺书》原件(附件3)。

**八、推荐方式**

采用现场推荐的方式进行，具体会议时间和方式以官网通知为准。

推荐程序：

1、院方介绍设备需求及相关事项。

2、参加推荐商家按照要求介绍生产企业及所推荐产品的相关信息，现场推荐时间控制在15分钟内。

3、接受院方论证专家组的答疑咨询

**注：本次产品推荐会仅用于医院对产品的性能、配置、价格、以及售后服务等进行综合了解，供采购人制定预算及采购需求提供参考。**

**九、推荐资料递交截止时间及推荐会开始时间、地点**

1、报名范围：凡符合资质条件的潜在供应商均可报名参加。

2、报名、递交材料截止时间及地点： 2025年3月26日17：30（北京时间、工作时间）前通过邮寄（推荐使用顺丰快递）或现场提交的方式将相关资料递交到广元市第一人民医院医学装备科，邮寄地址：四川省广元市利州区苴国路中段（广元市第一人民医院），收件人：何老师，联系电话：0839-3306193，逾期递交的不予受理。

3、推荐会时间及地点：医院根据参与报名推荐供应商情况，另行通知符合资质要求的3～4家报名供应商参加。

4、联系人及方式：

联系人: 医学装备管理科 何老师 联系电话:0839-3306193

院纪委 张先生 联系电话:0839-3314132

广元市第一人民医院

2025年3月20日

附件1：

推荐产品信息表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 产品名称 | 品牌、规格、型号 | 注册证号 | 制造商 | 生产场地 | 联系人 | 联系方式 | 供货价格（万元） | 质保期限 | 使用年限 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

附件2：

国产产品与进口产品比较表

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 推荐产品名称 | 规格型号 | 生产厂家 | 产品主要性能指标、功能或应用场景 | |
| 国产产品 | 进口产品 |
|  |  |  |  |  |

附件3：

**医药代表诚信廉洁承诺书**

为进一步加强医德医风建设，杜绝医药购销中的“回扣”

“红包”和“提成”等不正之风，积极配合贵院做好医疗服

务工作，维护本企业的信誉和形象，特作如下承诺：

一、未经备案不得开展学术推广等活动；

二、未经医疗机构同意不得开展学术推广等活动；

三、不得承担药品、医疗器械销售任务，实施收款和处

理购销票据等销售行为；

四、不得参与统计医生个人开具的药品处方数量或者使

用的医疗器械数量；

五、不得对医疗机构内设部门和个人直接提供捐赠、资

助、赞助；

六、不得误导医生使用药品或医疗器械，夸大或者误导

疗效，隐匿药品已知的不良反应信息（医疗器械已知的不良

事件信息）或者隐瞒医生反馈的不良反应（事件）信息；

七、不得有其他干预或者影响临床合理用药的行为。

如有违反上述承诺，我愿意接受医疗机构通报、约谈以

及停止使用药品等处理，以及执法执纪部门的其他处理。

公司名称（盖章）：

医药代表（签名）：

承诺日期：

联系电话：