**南通市第二人民医院眼科器械比选公告**

南通市第二人民医院根据科室建设需要，拟采购眼科手术器械，在此诚挚邀请国内符合要求的供应商参与并提供相应的资料。凡参与我院该项目的供应商均需对所提供的材料（包括软硬件生产厂家和供应商提供的所有材料）的真实性和有效性承担全部责任，对产品性能的说明必须真实、客观，不得有夸大说明。违规行为或非诚信行为一经发现，视情节严重程度，院方将暂停或取消该供应商参与我院后续项目的权利，发生的一切损失及法律纠纷由该供应商承担全部责任。医院联系人：眼科袁老师13912298513，设备科邓老师17696757807

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 设备名称 | 单位 | 数量 | 说明 |
| 包1 | 白内障超声乳化手术包 | 只 | 8 | 所包含器械清单见附件 |
| 包2 | 外眼手术包 | 只 | 4 | 所包含器械清单见附件 |
| 包3 | 眼科用特殊手术器械包 | 只 | 2 | 所包含器械清单见附件 |

一、填写《**报价表**》

二、材料请加盖公司公章

三、资格要求提供下列材料，所要求提供材料一律以电子版形式随《**报价表**》一并于2024年9月30日前发邮件至：nteycg3@126.com。所有材料需扫描于一个文件中，格式为PDF，文件名请命名为“项目名称+公司名称”，材料如不符要求，将不予接收。医院进行比选择优确认中选产品。

1、法人或者其他组织的营业执照等证明文件，法定代表人的身份证复印件；

2、报名人需提供法定代表人授权书（原件）；

3、报名人需提供经营许可证等。（复印件并加盖公章，其它材料同）；

4、所推荐产品按国家规定需提供医疗器械注册证的，投标人需提供相关证件（复印件）；

5、现场介绍时提供所推荐产品彩页及产品详细性能、参数描述；

6、推荐的产品近三年的经销合同（南通地区用户优先）或发票复印件，价格不得隐藏；

7、南通地区用户名单

8、江浙沪用户名单

四、特别说明：需求清单请填写完整后与PDF文件一起发送至上述邮箱。

**备注：**供货时需提供可追溯至生产厂家的各级授权书。

南通市第二人民医院

2024年9月26日

附件：《报价表》《需求清单》

**报价表**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **项目名称** | 眼科手术器械 | | | |
| **公司全称 （盖章）** |  | | | |
| **联系人** |  | | **联系电话** |  |
| **生产企业名称** |  | | | |
| **说明** | 1. 本报价表填写各包总价 2. 附件需求清单EXECL表中，请填全信息，包括详细的规格型号及单价，需求清单电子表格随同PDF一起发送邮件 | | | |
| **质保期** | 器械质保 年 | | | |
| **供货期** | 接送货通知后 天内到货 | | | |
| **报价**  **（单价，人民币，元）** | 包1白内障超声乳化手术包 | 小写： 元/包  大写： | | |
| 包2外眼手术包 | 小写： 元/包  大写： | | |
| 包3眼科用特殊手术器械包 | 小写： 元/包  大写： | | |
| **其他优惠条件** |  | | | |