**【招标公告】医院医用多功能PRP离心机购置项目**

**一、项目名称**：天津市滨海新区中医医院医用多功能PRP离心机购置项目

**二、项目预算：**4.9万元/套

**三、供应商资质要求**

1、营业执照副本或事业单位法人证书或民办非企业单位登记证书或社会团体法人登记证书或基金会法人登记证书扫描件或复印件并加盖公章。

2、财务状况报告等相关材料：提供2022年度经第三方会计师事务所审计的企业财务报告扫描件（应包括完整的审计报告和财务报表）或提交响应文件截止日期前近3个月内银行出具的资信证明复印件并加盖公章。

3、2023年至少1个月的依法缴纳税收和社会保险费的相关证明材料扫描件或复印件并加盖公章。

4、提交响应文件截止日前3年在经营活动中没有重大违法记录的书面声明（提交响应文件截止日前成立不足3年的供应商可提供自成立以来无重大违法记录的书面声明）并加盖公章。

5、供应商须由法定代表人或其授权的委托代理人参加磋商。供应商若为法定代表人参加磋商，须提供法定代表人资格证明书及身份证明原件或加盖公章的复印件（如身份证、护照、驾驶证等）；供应商若为被授权的委托代理人参加磋商，须提供法定代表人资格证明书、法人代表授权书（须由法定代表人签字或盖章）和被授权人身份证明原件或加盖公章的复印件（如身份证、护照、驾驶证等）。

6、根据《医疗器械监督管理条例》的规定，若供应商为所响应产品的制造商，须提供其医疗器械生产企业备案证明文件或医疗器械生产企业许可证的扫描件或复印件加盖公章；若供应商非所响应产品（第一类医疗器械除外）的制造商，须提供其医疗器械经营企业备案证明文件或医疗器械经营企业许可证的扫描件或复印件加盖公章。

7、本项目不接受联合体参加磋商，供应商须提供《非联合体磋商声明函》并加盖公章。

**四、投标截止时间、投标地址及报名要求**

1.公示时间：2023年11月7日至2023年11月10日

2.**投标截止日期**：2023年11月14日17点前（过期将视为自动放弃此次投标）

3.公告发布平台：医院官网、医院招标采购微信公众号、院内公示栏

4.投标地址：天津市滨海新区塘沽杭州道90号行政楼四楼绩效考核办（采购）；

联系电话：022-60837877 联系人：张老师、刘老师

5.**投标文件要求:投标文件要求正副本各一份，资质文件开标前审核（详见附件一：供应商及产品资质审查内容要求），要求与技术标、商务标分开密封，在密封处加盖单位公章，并留投标人联系方式，以便通知开标时间。**

**6.报名要求：**请参加投标的供应商将资质文件材料（盖章PDF版扫描件）在投标截止日期前通过邮箱发送至bhxqzyyycgb@163.com进行报名，邮件内附上联系电话，并电话确认院方已收到。

**五、招标方式：**院内招标。

**六、开标时间及地点**：电话或邮件另行通知。

**七、评标办法**：综合评分法。

**八、监督电话**：60837861

**九、本招标文件的最终解释权归天津市滨海新区中医医院**。

**注：招标需求请您关注医院官网：http://www.bhxqzyyy.com/首页中 “公告通知”专栏查找该项目招标文件下载，项目需求。**

天津市滨海新区中医医院

 2023年11月7日

**项目需求**

**一、项目名称及预算**

医用多功能PRP离心机购置项目，4.9万元/套

**二、技术参数**

1.使用环境温度：+2℃～+40℃

2. 适用电源电压：AC230V 50HZ 10A

3. 驱动方式：交流变频电机

4.设定时间范围： 0～99min

5.最高转速：4200rpm

6.最大相对离心力：3550Xg

7.最大容量：50ml×4

8.上升速率：从零至最高转速的升速时间不超过3分钟

9.下降速率：从最高转速减速至零的时间不超过5分钟

10.功率：650W

11.剂量：7.5-8毫升

12.噪声（最大转速）：小于等于70dB(A)

13.提取的PRP浓度：3-6倍，保证治疗骨性关节疾病最佳

14.提取的PRP活性：必须保证血小板存活。

15.投标设备及耗材均应为医用产品并提交注册证。

**三、商务要求**

1、报价以人民币填列。

2、供应商所报价格为最优惠总价格，包括一切费用。

3、进行商务报价时不能超过采购单项预算，否则视为无效标。

**四、交货要求**

1.交货时间：合同签订之日起十个工作日内安装调试完毕（具体情况以合同为准）

2.交货地点：天津市滨海新区中医医院

3.特别要求：除主体设备外，还须包括生产厂家的完整的随机资料，包括完整的使用和维修手册、配套的辅助设备、技术资料（包括操作手册、使用指南、维修指南或服务手册等）、设备使用所必需的备品备件，负责运输、安装并提供相应的技术服务与质量保证。

**五、服务要求**

1.质保期：供应商对所响应产品提供2年的免费上门保修，质保期自验收合格之日起计算。保修期内免费更换零配件，7×24小时技术响应，12小时内维修工程师到达维修现场。24小时内解决问题，如解决不了，须提供技术指标不低于原产品的备机供采购人免费使用。

2.供应商需提供：（1）响应产品详细的配置清单，包括产品名称、品牌、规格型号、数量等；（2）原厂标准的易耗品、消耗材料价格清单及折扣，质保期后设备维修的价格清单及折扣；（3）主要零配件价格清单，并承诺在采 用，并指定专人（或专门机构）提供现场技术培训，其费用包含在磋商报价中。

4.采购人有权委托第三方检验机构对成交供应商提供的设备质量和功能进行检验和验收，检验中若发现虚假应标的行为将予以无效成交处理并保留对成交供应商追究相关责任的权利，检验和验收费用由成交供应商负责，特殊情况以合同为准。

5.由于设备的质量和安全问题造成的损失和人员伤亡事故由成交供应商负责赔偿，相关的损失及责任均由成交供应商自行承担。

6.在任何时候，成交供应商均不能免除因设备本身的缺陷所应付的责任。成交供应商有义务对所提供的货物实行终身维护和对设备进行定期的检测与维护。

7.未经采购人同意，成交供应商不得转让合同、转包或分包。

8.所响应产品涉及商品包装或快递包装的，按照《财政部办公厅、生态环境部办公厅、国家邮政局办公室关于印发<商品包装政府采购需求标准（试行）>、<快递包装政府采购需求标准（试行）>的通知》（财办库〔2020〕123号）要求执行。

9.供应商须整包进行磋商，不得拆包分项响应。

**六、付款方式**

货到现场安装调试完毕，验收合格后15个工作日内支付合同总价款的90%，自验收之日起1年后15个工作日内支付合同总额的10%（特殊情况以合同为准）。

**七、其他要求**

1、供应商须对项目需求一一作出投标应答，并且在投标文件的技术响应部分逐一写明货物的技术参数，以及与评标有关的其他技术文件资料。

2、是否有配套耗材： 🗹有 🞎无

一次性使用人体静脉血样采集容器

|  |
| --- |
| **评 分 表** |
| 序号 | 评分项目 | 满分 | 评分标准 |
| 一、技术标评分标准：（60分） |
| 1 | 类似业绩 | 15 | 提供2020年至今本项目同类产品市场销售业绩。1、“业绩一览表”中提供1个业绩得2分，最多6分；2、在此基础上能提供相对应产品销售的合同或发票的，1个合同复印件或发票复印件得3分，最多得9分。须将合同复印件或发票复印件附在技术标中。  |
| 2 | 技术性能 | 30 | 所投产品技术参数完全满足技术要求的，得30分，每有一项不满足扣3分，扣完为止。 |
| 3 | 配套耗材评价 | 10 | 1.配套耗材价格清单单位人次最低报价（即评标基准价）得分：8分。计算方法如下：配套耗材价格清单报价得分=（评标基准价/耗材单位人次报价）×82.配套耗材费用纳入医保范畴得2分，提供证明材料，未提供不得分。 |
| 4 | 售后服务 | 5 | 售后服务从服务机构地点、后期服务情况、处理状况时间、服务响应时间、服务质量等方面进行评价。 |
| 二、商务标评分标准：（满分40分） |
| 报价完整且最低得分为40分；报价部分评分分值计算方法为：有效投标报价得分（保留小数点后两位）：A=40\*L/B ；A：得分； B：有效投标报价；L：有效最低投标报价。 |

**★ 如评分表中除价格因素外的其他评分因素得分之和低于除价格因素外其他评分因素总分的60%，则视为无效标。**

**附件一（共两部分）：**

**一、供应商能力资质审查内容要求**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **序号** | **资质文件审查内容** | **资质文件提供材料** |
|  1 | 营业执照副本或事业单位法人证书或民办非企业单位登记证书或社会团体法人登记证书或基金会法人登记证书。 | 提供扫描件或复印件并加盖公章 |
| 2 | 财务状况报告等相关材料：提供2022年度经第三方会计师事务所审计的企业财务报告（应包括完整的审计报告和财务报表）或提交响应文件截止日期前近3个月内银行出具的资信证明。 | 提供扫描件或复印件并加盖公章 |
| 3 | 2023年至少1个月的依法缴纳税收和社会保险费的相关证明材料。 | 提供扫描件或复印件并加盖公章 |
| 4 | 提交响应文件截止日前3年在经营活动中没有重大违法记录的书面声明（提交响应文件截止日前成立不足3年的供应商可提供自成立以来无重大违法记录的书面声明）。 | 提供声明函并加盖公章 |
| 5 | 供应商须由法定代表人或其授权的委托代理人参加磋商。供应商若为法定代表人参加磋商，须提供法定代表人资格证明书及身份证明原件或加盖公章的复印件（如身份证、护照、驾驶证等）；供应商若为被授权的委托代理人参加磋商，须提供法定代表人资格证明书、法人代表授权书（须由法定代表人签字或盖章）和被授权人身份证明原件或加盖公章的复印件（如身份证、护照、驾驶证等）。 | 提供相关证件复印件 |
| 6 | 根据《医疗器械监督管理条例》的规定，若供应商为所响应产品的制造商，须提供其医疗器械生产企业备案证明文件或医疗器械生产企业许可证的扫描件或复印件加盖公章；若供应商非所响应产品（第一类医疗器械除外）的制造商，须提供其医疗器械经营企业备案证明文件或医疗器械经营企业许可证的扫描件或复印件加盖公章。 | 提供扫描件或复印件加盖公章。 |
| 7 | 本项目不接受联合体参加磋商。 | 提供《非联合体磋商声明函》并加盖公章。 |

**二、医疗器械资质审查内容要求：**

|  |  |
| --- | --- |
| **生产单位投标** | **代理商投标** |
| **一类医疗器械（4项）：** | **一类医疗器械（5项）：** |
| 企业营业执照 | 投标企业营业执照 |
| 第一类医疗器械备案凭证 | 生产企业营业执照 |
| 第一类医疗器械生产备案凭证 | 第一类医疗器械备案凭证 |
| 投标商给代理人的授权书 | 第一类医疗器械生产备案凭证 |
|  | 投标商给代理人的授权书 |
| **二类医疗器械（5项）：** | **二类医疗器械（7项）：** |
| 企业营业执照 | 投标企业营业执照 |
| 医疗器械注册证 | 生产企业营业执照 |
| 医疗器械生产许可证（进口产品可不提供） | 医疗器械注册证 |
| 第二类医疗器械经营备案凭证 | 医疗器械生产许可证（进口产品可不提供） |
| 投标商给代理人的授权书 | 第二类医疗器械经营备案凭证 |
|  | 生产厂家给投标商的产品销售委托授权书 |
|  | 投标商给代理人的授权书 |
| **三类医疗器械（5项）：** | **三类医疗器械（7项）：** |
| 企业营业执照 | 投标企业营业执照 |
| 医疗器械注册证 | 生产企业营业执照 |
| 医疗器械生产许可证（进口产品可不提供） | 医疗器械注册证 |
| 医疗器械经营许可证 | 医疗器械生产许可证（进口产品可不提供） |
| 投标商给代理人的授权书 | 医疗器械经营许可证 |
|  | 生产厂家给投标商的产品销售委托授权书 |
|  | 投标商给代理人的授权书 |

**技术要求点对点应答表**

项目名称：天津市滨海新区中医医院医用多功能PRP离心机购置项目

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 技术要求 | 响应应答 | 偏离说明 | 技术支撑材料页码 |
| 1 | 使用环境温度：+2℃～+40℃ |  |  |  |
| 2 | 适用电源电压：AC230V 50HZ 10A |  |  |  |
| 3 | 驱动方式：交流变频电机 |  |  |  |
| 4 | 设定时间范围： 0～99min |  |  |  |
| 5 | 最高转速：4200rpm |  |  |  |
| 6 | 最大相对离心力：3550Xg |  |  |  |
| 7 | 最大容量：50ml×4 |  |  |  |
| 8 | 上升速率：从零至最高转速的升速时间不超过3分钟 |  |  |  |
| 9 | 下降速率：从最高转速减速至零的时间不超过5分钟 |  |  |  |
| 10 | 功率：650W |  |  |  |
| 11 | 剂量：7.5-8毫升 |  |  |  |
| 12 | 噪声（最大转速）：小于等于70dB(A) |  |  |  |
| 13 | 提取的PRP浓度：3-6倍，保证治疗骨性关节疾病最佳 |  |  |  |
| 14 | 提取的PRP活性：必须保证血小板存活。 |  |  |  |
| 15 | 投标设备及耗材均应为医用产品并提交注册证。 |  |  |  |

注：

1. 不如实填写偏离情况的响应文件将视为虚假材料。

2. 技术要求指招标文件中规定的具体要求。

3. 响应应答指供应商的实际情况。

4. 偏离说明指技术要求与响应应答之间的不同之处。

5. 如有技术支撑材料，请在“技术支撑材料页码”中填写页码，未填写视为无技术支撑材料。

供应商授权代表签字：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

日期：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

供应商名称（公章）：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**商务要求点对点应答表**

项目名称：天津市滨海新区中医医院医用多功能PRP离心机购置项目

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 商务要求 | 响应应答 | 偏离说明 | 备注 |
| 1 | 交货要求 |  |  |  |
| 2 | 服务要求 |  |  |  |
| 3 | 付款方式 |  |  |  |
| 4 | .............. |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |

注：

1. 不如实填写偏离情况的响应文件将视为虚假材料。

2. 商务要求指招标文件中规定的具体要求。

3. 响应应答指供应商的实际情况。

4. 偏离说明指商务要求与响应应答之间的不同之处。

供应商授权代表签字：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

日期：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

供应商名称（公章）：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**货物报价表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **货物名称** | **所投产品名称（医疗器械注册证名称）** | **品牌** | **型号** | **生产厂商** | **产地** | **数量** | **单位** | **单价（元）** | **总价（元）** | **备注（货物所包含的详细配置清单）** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**配套耗材报价**：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **耗材名称** | **所投产品名称（医疗器械注册证名称）** | **品牌** | **型号** | **生产厂商** | **产地** | **数量** | **单位** | **单价（元）** | **总价（元）** | **备注** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**质保期后设备维修的价格清单及折扣**

**项目编号：**

**项目名称：**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 货物名称 | 设备维修材料名称 | 品牌 | 规格型号 | 生产厂商 | 产地 | 数量 | 计量单位 | 原价 | 折扣价 |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| …… |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

供应商名称(公章)：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

法定代表人或其授权代表签字：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

日期：\_\_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

**主要零配件价格清单**

**项目编号：**

**项目名称：**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 货物名称 | 主要零配件名称 | 品牌 | 规格型号 | 生产厂商 | 产地 | 数量 | 计量单位 | 原价 | 折扣价 |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| …… |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

供应商名称(公章)：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 法定代表人或其授权代表签字：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

日期：\_\_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日