**采　购　文　件**

**项目名称：南京医科大学附属口腔医院**

 **舌侧正畸矫治相关医用耗材**

**项目编号：CG202111**

**南京医科大学附属口腔医院**

**二〇二一年六月**

**目 录**

1. 采购邀请……………………………………3
2. 合同条款及格式……………………………13
3. 响应文件格式………………………………17

第一章 采购邀请

南京医科大学附属口腔医院就舌侧正畸矫治相关医用耗材进行公开采购，现欢迎符合条件的合格供应商参与。

**一、项目名称及编号**

项目名称：南京医科大学附属口腔医院舌侧正畸矫治相关医用耗材

标书编号：CG202111

**二、拟采购医用耗材目录详见附件**

**三、供应商资格要求**

1、参加采购活动前3年内在经营活动中没有重大违法记录的书面声明。

2、生产企业的《企业法人营业执照》，《医疗器械生产企业许可证》《医疗器械生产备案凭证》。

3、经营企业的《企业法人营业执照》，《医疗器械经营企业许可证》《医疗器械经营备案凭证》。

4、产品的《医疗器械产品注册证》或《第一类医疗器械备案凭证》。

5、生产企业的委托授权书。

6、经营企业的企业法人代表印章或签字的企业法定代表人的委托授权书原件，授权委托书应明确授权范围。

7、拟投标的产品必须是省或市集中采购平台中标产品或具有备案资格的产品。

8、南京市标、省标范围内的材料提供市标、省标电脑截屏打印件。

9、销售人员的身份证复印件。

**注：以上资质材料均提供加盖公章的复印件。**

（三）本项目不接受联合体响应。

（四）本项目接受进口产品响应。

**四、采购文件提供信息**

采购文件提供及公告期限：自采购公告在“南京医科大学附属口腔医院” 网站发布之日起5个工作日。采购文件在南京医科大学附属口腔医院网站免费下载，有关本次采购事项若存在变动或修改，敬请及时关注南京医科大学附属口腔医院网站发布的信息更正公告。

**五、响应文件接收信息**

响应文件接受时间：7月5日 8:30—11:30，14:30—17:30

响应文件接收地点：南京市汉中路136号 南京医科大学附属口腔医院老楼 二楼库房

响应文件接收人：赵秋枫

**七、本次采购联系事项**

南京医科大学附属口腔医院采购中心

联系人：赵秋枫 联系电话：025-85031793

**八、响应文件制作份数要求：**

正本份数：1份，副本份数：1份，**密封存放（附件2：分项报价表需同时提交电子版）。**

**九、其他**

无

第二章 采购需求

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **代 码** | **产品名称（必须与注册证上产品名称一致）** | **品 牌** | **规格型号（必须与注册证上规格型号一致）** | **计价包装单位（包/盒/ML）等** | **生产企业（必须与注册证上生产企业一致）** | **注册证号** | **注册证有效期** | **供货价（元） 格式为xx元/计价包装单位** |  | **国家医保医用耗材代码(27位）** |
| **中标编码或省市平台备案码** |
| 1 | 个性化舌侧正畸托槽（需要拔牙） | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 2 | 个性化舌侧正畸托槽（无需拔牙） | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 3 | 个性化舌侧正畸托槽（零配） | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 4 | 定制式舌侧正畸托槽（需要拔牙） | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 5 | 定制式舌侧正畸托槽（无需拔牙） | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 6 | 定制式舌侧正畸托槽（零配） | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 7 | 个性化舌侧正畸弓丝 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |

第三章 合同条款及格式

以下为中标后签定本项目合同的通用条款，中标人不得提出实质性的修改，关于专用条款将由采购人与中标人结合本项目具体情况协商后签订。

**南京医科大学附属口腔医院采购合同（材料）**

甲方：南京医科大学附属口腔医院

乙方：

经甲乙双方友好协商，共尽义务权利。就乙方向甲方供应 达成如下协议：

1、乙方向甲方供应 类和 类产品，具体名称、规格型号、生产厂家、价格见附件，并附产品目录及价格清单。

2、质量要求、技术标准：产品符合相关国家标准要求，产品必须有相应标识。

3、乙方产品出现质量问题（包括运输过程中包装破损影响质量等情况），乙方负责退换货，严重的乙方要赔偿甲方经济损失以及承担由此产生医疗纠纷而造成的经济赔偿和相应法律责任。

4、供货方式：甲方采购中心通知乙方，乙方须按时送货到医院指定部门。器械盒类大件物资，负责运送到科室。

5、付款方式：按照先用产品后付款的方式，以实用数量按季结算。

6、乙方在供货过程中一旦发生不规范行为，根据情节轻重，做出如下处罚：1、扣除乙方在我院半年销售额的20%做为经济赔偿；2、限制乙方所投产品，减少至本年度的三分之一，并挂网公示。3、根据情节严重，停止乙方与甲方的所有合作1-3年，并挂网公示。

7、注册证到期合同中止，下发新证后合同继续生效，受理证书均不接受。在注册证有效期内生产的产品，同时在有效期内的产品本院可接受入库。超出注册证有效期的产品不得送入医院库房，如出现违规行为，参照第6条执行。

8、本合同有效期至下一年度耗材采购，乙方需保证合同期内正常供货，不得上调价格, 采购人不接受其他任何形式的涨价函、价格上调通知等，否则参照第6条执行。

9、该合同一式四份，双方签字盖章有效。

10**、**禁止生产供应商用回扣手段腐蚀、贿赂医疗卫生单位及其他工作人员，如有违反，终止履行合同。

11、不得将本合同约定的货物或服务进行转包。未经采购人同意，中标人也不得采用分包的形式履行合同，否则采购人有权终止合同。转包或分包造成采购人损失的，中标人应承担相应赔偿责任。

12、未尽事宜，双方友好协商解决，或按有关法规办理。

甲方：南京医科大学附属口腔医院　 乙方：

法定代表人：　 　 法定代表人：

委托代理人： 委托代理人：

乙方开户名称：

乙方开户行：

乙方账号：

**药品、耗材、设备销售廉洁诚信承诺书**

（供货企业）

南京医科大学附属口腔医院：

为响应国家卫计委关于规范耗材购销行为的要求，配合医院行风廉政建设工作和廉洁购销活动，做到廉洁销售，我们在此向院方郑重承诺：

1. 在销售药品、耗材、设备过程中，不以任何名义给予医务工作人员回扣，提成，不采取任何不正当手段获取商业机会或商业利益。
2. 不向医院各科室及相关工作人员赠与或提供有价证券、现金、信用卡、购物卡、宴请、免费旅游、不报销院方个人费用。
3. 如院方有关人员或科室主动索要提成、现金、购物卡时，及时向院方纪检监察部门反映。
4. 不借故到院方主管领导，部门负责人及相关工作人员家中探访或向介绍人提供任何好处费。
5. 不向医院工作人员获取药品、耗材、设备使用信息，不以任何不正当手段影响医生药品、耗材、设备选择。
6. 销售代表做到在医院指定时间和地点与相关人员商谈业务，不以任何名义或假借身份随意进入各诊疗区域诊室内进行推销。
7. 与医院签订廉洁购销合同，严格遵守合同约定。

我们将严格遵守上述承诺，坚决维护健康的医疗秩序，做到廉洁守信，依法营销，并愿意接受各级各界人士监督。

**药品、耗材、设备销售廉洁诚信承诺书**

（生产企业）

南京医科大学附属口腔医院：

为响应国家卫计委关于规范耗材购销行为的要求，配合医院行风廉政建设工作和廉洁购销活动，做到廉洁销售，我们在此向院方郑重承诺：

1. 在介绍、推广药品、耗材、设备过程中，不以任何名义给予医务工作人员回扣、提成，不采取任何不正当手段获取商业机会或商业利益。
2. 不向医院各科室及相关工作人员赠与或提供有价证券、现金、信用卡、购物卡、宴请、免费旅游、不报销院方个人费用。
3. 如院方有关人员或科室主动索要提成、现金、购物卡时，及时向院方纪检监察部门反映。
4. 不借故到院方主管领导，部门负责人及相关工作人员家中探访或向介绍人提供任何好处费。
5. 不向医院工作人员获取药品、耗材、设备使用信息，不以任何不正当手段影响医生耗材选择。
6. 销售代表做到在医院指定时间和地点与相关人员商谈业务，不以任何名义或假借身份随意进入各诊疗区域诊室内进行推销。
7. 与医院签订廉洁购销合同，严格遵守合同约定。

我们将严格遵守上述承诺，坚决维护健康的医疗秩序，做到廉洁守信，依法营销，并愿意接受各级各界人士监督。

第四章 响应文件格式

**响 应 文 件**

**项 目 名 称：**

**采 购 编 号：**

 **响应供应商 ：**

 **日 期 ：**

**响应文件目录**

一、资格性检查响应对照表

**二**、资格、资信证明文件

三、法人授权书

四、参加采购活动前 3 年内在经营活动中没有重大违法记录的书面声明

五、响应函

六**、**响应分项报价表

七、技术及售后服务承诺书

**一、资格性检查响应对照表**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **采购目录 名称** | **生产企业营业执照有效期** | **医疗器械生产许可证有效期** | **产品授权书有效期** | **经营企业营业执照有效期** | **医疗器械经营许可证有效期** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

**二、资格、资信证明文件要求**

**1、资信证明文件目录**

　 　1、参加采购活动前3年内在经营活动中没有重大违法记录的书面声明。

2、生产企业的《企业法人营业执照》，《医疗器械生产企业许可证》《医疗器械生产备案凭证》。

3、经营企业的《企业法人营业执照》，《医疗器械经营企业许可证》《医疗器械经营备案凭证》。

4、产品的《医疗器械产品注册证》或《第一类医疗器械备案凭证》。

5、生产企业的委托授权书。

6、经营企业的企业法人代表印章或签字的企业法定代表人的委托授权书原件，授权委托书应明确授权范围。

7、拟投标的产品必须是省或市集中采购平台中标产品或具有备案资格的产品。

8、南京市标、省标范围内的材料提供市标、省标电脑截屏打印件。

9、销售人员的身份证复印件。

*以上资格证明文件要求加盖公章。*

**备注：建议响应人将资信证明文件单独装订成册。**

**请将以上资格文件按照所投产品目录进行排序。**

**三、法人授权书**

本授权书声明：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_（响应人名称）授权\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_（被授权人的姓名）为我方就CG202111 号项目采购活动的合法代理人，以本单位名义全权处理一切与该项目采购有关的事务。

本授权书于\_\_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日起生效，特此声明。

代理人（被授权人）签字：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

身份证号码：

联系电话：（手机）

单位名称：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

授权单位（公章）：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

法人代表签名或盖章：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

单位地址：

日期：

 **四、参加采购活动前3年内在经营活动中没有重大违法记录的书面声明**

**声 明**

我单位郑重声明：参加本次采购活动前3年内，我单位在经营活动中没有因违法经营受到刑事处罚或者责令停产停业、吊销许可证或者执照、较大数额罚款等行政处罚。**五、响应函格式**

致：南京医科大学附属口腔医院采购中心

根据贵方的CG202111号采购文件，正式授权下述签字人\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(姓名)代表我方\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_（响应人的名称），全权处理本次项目采购的有关事宜。

据此函，\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_签字人兹宣布同意如下：

1、按采购文件规定的各项要求，向买方提供所需货物与服务。

2、我们完全理解贵方不一定将合同授予最低报价的响应人。

3、我们已详细审核全部采购文件及其有效补充文件，我们知道必须放弃提出含糊不清或误解问题的权利。

4、我们同意从规定的开标日期起遵循本采购文件，并在规定的有效期期满之前均具有约束力。

5、如果在开标后规定的有效期内撤回响应或中标后拒绝签订合同，我们的响应保证金可不予退还。

6、同意向贵方提供贵方可能另外要求的与采购有关的任何证据或资料，并保证我方已提供和将要提供的文件是真实的、准确的。

7、一旦我方中标,我方将根据采购文件的规定，严格履行合同的责任和义务,并保证在采购文件规定的时间完成项目，交付买方验收、使用。

8、与本采购有关的正式通讯地址为：

地 址：

邮 编：

电 话：

传 真：

响应人开户行：

账 户：

响应人名称（公章）：

日 期：\_\_\_\_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

**六、响应分项报价表**

**拟准入医用耗材响应目录**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **代 码** | **产品名称（必须与注册证上产品名称一致）** | **品 牌** | **规格型号（必须与注册证上规格型号一致）** | **计价包装单位（包/盒/ML）等** | **生产企业（必须与注册证上生产企业一致）** | **注册证号** | **注册证有效期** | **供货价（元） 格式为xx元/计价包装单位** | **中标编码或省市平台备案码** | **国家医保医用耗材代码(27位）** |
|  |   |  |   |   |  |  |  |  |  |  |
|  |   |  |   |   |  |  |  |  |  |  |

响应单位全称：（公章 ） 授权代表签字：

**注：（1）*凡市标或省标内产品必须填写市标或省标编码，价格不得高于中标价。*未中标但取得省市平台备案码的产品需填写备案码。**

 **（2）此表为表样，行数可自行添加，但表式不变。**

 **（3）不按要求响应报价一律视为废标。**

**（4）正副本中此表格均单独放置。**