**采　购　文　件**

**项目名称：南京医科大学附属口腔医院**

**一次性使用医用检查手套**

**项目编号：CG202322**

**南京医科大学附属口腔医院**

**二〇二三年九月**

**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一次性使用医用检查手套进行公开采购，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：一次性使用医用检查手套进行公开采购

标书编号：CG202322

**二、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、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、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。

**四、响应文件接收信息**

响应文件接收时间：10月16日 14:30—17:30

10月17日 8:30—11:30，14:30—17:30

10月18日 8:30—11:30

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 十五楼库房

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：025-69593451

**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（分项报价表需同时提交电子版）。**

**九、产品需求**

9.1无粉

9.2所投产品须为南京阳光招采集中结算系统或者江苏省药品（医用耗材）阳光采购和综合监管平台中标产品**（提供市标、省标电脑截屏打印件并加盖公章）**。

9.3响应文件送达同时，附带样品每个品牌、型号各一盒。

第二章 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：**

为保障甲方采购以满足临床工作需求，经甲乙双方友好协商，就乙方向甲方供应约定产品签订本合同，供双方共同遵守。

**1.【采购供应标的】**乙方向甲方供应约定产品（具体产品名称、规格、型号、生产厂家、价格见**附件**）；本合同有效期内，价格不变。

**2.【质量要求、技术标准】**所供应产品应符合相关国家标准要求，产品必须有相应标识；行业标准或企业标准高于国家标准的，适用该行业标准或企业标准。

**3.【产品质量责任】**乙方所供应产品出现质量问题（包括运输、安装等使用前的质量瑕疵）的，乙方负责退/换货，因退/换货发生的费用，由乙方承担；因产品质量导致医疗质量安全事件（无论是否造成患者医疗损害）的，应每次承担单个产品金额3倍的违约金责任；造成甲方损失（包括但不限于甲方及员工的损失、医疗损害赔偿）的，并应承担该等损失赔偿责任。

**4.【供货和验收方式】**按甲方需求供货；乙方根据甲方采购中心通知供货，乙方须按时送货到甲方指定部门（器械盒类大件物资，负责运送到相应临床医技科室）。双方确认：产品验收期同质量保证期；没有质量保证期的，验收期为2年。

**5.【付款方式】**采取“用后按实每季度结算”；需要在南京医用耗材（药品）招采结算系统支付的货款，按照南京市医疗保障局的要求进行货款支付。

**6.【不规范行为的处理】**本条所称不规范行为是指：

（1）向医院工作人员给予回扣或其他不正当利益；

（2）违反医药采购领域法律法规、规章或其他规范，在医院进行销售；

（3）通过不正当途径采集供需数量信息；

（4）所供产品注册证有效期、产品有效期失效的；

（5）每年有3次（含）以上产品质量问题；

（6）每年3次（含）以上供应不及时、运输不规范行为；

（7）其他违反反商业贿赂、反不正当竞争法规，严重影响医疗安全的行为。

产品生产厂家及其工作人员、乙方工作人员的该等行为，视为乙方行为。

对乙方不规范行为，甲方可以单方作出如下处理决定：

（1）扣除乙方在甲方处半年销售额的20%；

（2）限制乙方产品供应，直至减少至本年度供应额的三分之一，并挂网公示；

（3）停止与乙方的所有合作1-3年，并挂网公示。

因乙方不规范行为导致甲方名誉权损害的，乙方自愿承担乙方在甲方处半年销售额的20%作为赔偿。

**7.【合同解除】**有下列情形之一的，甲方可单方解除本合同：

（1）乙方产品低于一般质量标准的；

（2）有不规范行为的（1）（2）（3）情形之一的；

（3）乙方迟延供应超过7日的；

（4）乙方产品存在严重质量缺陷可能影响医疗安全的。

**8.【乙方指定收款账户】**：

开户名（乙方名称）： 开户行： 账号： 纳税人识别号：

**9.【生效及其他】**本合同自双方签字盖章后生效；壹式肆份，甲方持叁份，乙方持壹份；文书送达采取邮件或E-mail方式；未尽事宜，另行协商解决；引发诉讼的，由甲方所在地法院管辖。

**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：

1. mail E-mail

南京医科大学附属口腔医院

**江 苏 省 口腔医院**

药品、耗材、设备销售廉洁诚信承诺书

为响应国家卫生健康委关于规范药品、耗材购销行为的要求，配合医院行风廉政建设工作，做到廉洁销售，药品、耗材、设备销售代表应了解和遵守以下条款：

一、在销售、介绍药品、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。

二、不向医院各科室及相关工作人员赠与或提供现金、消费卡、购物卡、股权、有价证券、其他金融产品、宴请、免费旅游等、不报销院方个人费用。

三、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。

四、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。

五、不利用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。

六、销售代表遵守《江苏省口腔医院医药/器材代表登记管理制度》，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。

**声明：本公司及授权代表完全理解以上条款，承诺所填写、提供的材料真实有效，将严格遵守上述承诺，坚决维护健康的医疗秩序，构建廉洁的购销环境，做到廉洁守信，依法营销，并愿意接受各级各界人士监督。如违反以上承诺，同意按医院相关规定处理，院方有权随时终止合同，如果涉及违纪违法问题，移交纪检、司法部门处理，自愿承担一切法律责任。**

公司名称（盖章）：

年 月 日

第三章 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、响应分项报价表

六、业绩

**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、所投产品需为南京阳光招采集中结算系统或者江苏省药品（医用耗材）阳光采购和综合监管平台中标产品，并提供市标、省标电脑截屏打印件。

8、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CG202322 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、响应分项报价表**

**一次性使用医用检查手套响应目录**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **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** | **省市平台中标编码** | **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）凡省/市标内产品必须填写省/市标编码及中标价。**

**（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。**

**六、业绩**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **序号** | **单位名称** | **备注** |
|  |  |  |
|  |  |  |

投标人2020年1月1日至今在省内三甲医院供货案例，**提供有效合同复印件并加盖公章，**有效案例时间以合同签订时间为准。