**新昌县中医院消毒产品类医用耗材试用公告**

项目编号：2025-HC-01

新昌县中医院就以下消毒类耗材进行试用，现将有关事项公告如下：

1、项目概况：

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **标项** | **产品名称** | **参考型号规格** | **上限单价（元）** | **单位** | **2年预算量** | **要求** | **样品数量** |
| 1 | 消毒片 | 100片/瓶 | 0.065 | 片 | 340000 | 主要成分：三氯异氰尿酸纳，有效氯含量为500mg±50mg/片 | 1瓶 |
| 2 | 测氯试纸 | 450cm/卷 | 7 | 卷 | 40 |  | 1 |
| 3 | 紫外线强度指示卡 | 100片/盒 | 152 | 盒 | 10 |  | 1 |
| 4 | 紫外线灯管 | 40W | 115 | 支 | 40 |  | 1 |
| 5 | 复合碘消毒液 | 500ML/瓶 | 16.5 | 瓶 | 800 |  | 1 |
| 6 | 75%酒精消毒液 | 500ml/瓶 | 6.5 | 瓶 | 25001 |  | 1 |
| 7 | 75%酒精消毒液 | 2.5L/瓶 | 32 | 瓶 | 200 |  | 1 |
| 8 | 95%乙醇消毒液 | 2.5L/瓶 | 38 | 瓶 | 250 |  | 1 |
| 9 | 戊二醛消毒剂 | 2.5kg/瓶 | 15.2 | 瓶 | 600 |  | 1 |
| 10 | 清洗效果监测卡 | 2片/袋 | 30 | 袋 | 250 | 供应室使用 | 1 |
| 11 | 复合过氧乙酸消毒液 | 5L/桶 | 680 | 桶 | 30 |  | 1 |
| 12 | 灭菌纸塑包装个体袋 | 55mm\*150mm | 0.11 | 个 | 2000 | 适用于高温灭菌器 | 10 |
| 13 | 灭菌纸塑包装个体袋 | 125mm\*250mm | 0.41 | 个 | 2000 | 适用于高温灭菌器 | 10 |
| 14 | 灭菌纸塑包装个体袋 | 125mm\*270mm | 0.42 | 个 | 2000 | 适用于高温灭菌器 | 10 |
| 15 | 灭菌纸塑包装个体袋 | 75mm\*270mm | 0.25 | 个 | 4000 | 适用于高温灭菌器 | 10 |
| 16 | 灭菌纸塑包装个体袋 | 100mm\*270mm | 0.32 | 个 | 12000 | 适用于高温灭菌器 | 10 |
| 17 | 灭菌纸塑包装个体袋 | 150mm\*300mm | 0.61 | 个 | 2000 | 适用于高温灭菌器 | 10 |
| 18 | 医用外科擦手巾 | 双层100米\*21cm | 150 | 卷 | 100 |  | 1 |
| 19 | 134°压力蒸汽灭菌化学指示卡 | 长度60-150mm,（200片/盒） | 32 | 盒 | 500 | 手术室、供应室使用 | 1 |
| 20 | 134压力蒸汽灭菌化学指示卡 | 卡套式（250片/盒）） | 70 | 盒 | 30 | 供应室使用 | 1 |
| 21 | 压力蒸汽灭菌包内化学指示卡（爬行式） | 500片/包 | 800 | 包 | 8 | 供应室使用 | 1 |
| 22 | 极速生物指示剂 |  | 85 | 支 | 250 | 手术室、检验科使用 | 1 |
| 23 | 蒸汽灭菌指示胶带 |  | 60 | 个 | 600 | 手术室、供应室使用 | 1 |
| 24 | 除锈剂 | 5L | 1300 | 瓶 | 30 |  | 1 |
| 25 | 水垢剂 | 5L | 800 | 瓶 | 40 |  | 1 |
| 26 | 润滑防锈剂 | 5L | 800 | 桶 | 50 |  | 1 |
| 27 | 过氧化氢低温等离子体灭菌过程指示胶带 |  | 120 | 卷 | 25 |  | 1 |
| 28 | 白凡士林 | 500ml | 17 | 瓶 | 50 |  | 1 |
| 29 | 液体石蜡 | ≧450ml | 15 | 瓶 | 100 |  | 1 |
| 30 | 石蜡油 | 10ml | 8.1 | 瓶 | 250 |  | 1 |
| 31 | 含氯医疗器械消毒液浓度测试卡 | 20条/瓶 | 85 | 瓶 | 5 |  | 1 |
| 32 | 聚维酮碘消毒液 | 500ml | 8 | 瓶 | 30 | 眼科手术专用 | 1 |
| 33 | 碱性清洗剂 | ≧1L |  | 瓶 | 10 |  | 1 |
| 34 | 器械润滑剂 | 500ml | 380 | 瓶 | 5 |  | 1 |
| 35 | 气雾剂型润滑防锈剂 | ≧400ml | 380 | 瓶 | 5 | 动力系统的清洗 | 1 |
| 36 | 清润滑剂 | 气雾型 | 820 | 套 | 5 | 动力系统的清洗 | 1 |
| 37 | 新效保湿剂 | 500ml | 380 | 瓶 | 2 |  | 1 |
| 38 | 软化盐（钙镁离子释放剂） | 10KG/袋 | 30 | 袋 | 650 |  | 1 |
| 39 | 医用吸水纸 | 30\*50 | 1.45 | 片 | 10600 |  | 10 |
| 40 | 压力蒸汽灭菌过程化学验证装置 |  | 25 | 片 | 685 |  | 1 |
| 41 | 甲醛 | 500ML | 20.5 | 瓶 | 20 | 病理科使用 | 1 |
| 42 | 无水乙醇 | 5L | 150 | 瓶 | 120 | 病理科使用 | 1 |
| 43 | 二甲苯 | 5L | 255 | 瓶 | 60 | 病理科使用 | 1 |
| 44 | 甲醇 | 500ML | 19 | 瓶 | 200 | 检验科使用 | 1 |
| 45 | 乙酸（冰醋酸） | 500ml | 18 | 瓶 | 5 | 妇产科病区 | 1 |

以上产品均含安装、调试、培训和售后服务等。

2、资格条件：

（1）必须符合《中华人民共和国政府采购法》第22条规定的要求；

（2）具有与本项目相适应的产品经营许可证件或生产许可证或服务能力；

（3）具有浙江省“两定”平台交易资格；

（4）不接受联合体投标；

（5）不允许转包、分包。

3、凡符合上述要求的供应商均可参加试用，在医院网站http://www.xcxzyy.com下载格式文件，并于2025年**04月14日 17:00时前将报价文件资料、样品若干(按照附件里样品投标格式填写，如果本院已在用产品可以不提供样品，但需在报名登记表的样品递交标项内注明）等**直接送达或快递至新昌县中医院总务设备仓库完成报名。

4、报价文件资料

4.1.资格证明文件：公司情况介绍、公司相关资质证明文件、法定代表人资格证明文件、授权人资格证明文件、产品授权书、两定平台交易资格证明文件等，正本一份；

4.2.商务技术文件：报价单、产品相关检测报告、服务承诺书及保障措施、同类项目业绩表、彩页资料、投标人认为需要提供的其他资料，正本一份。**文件主要格式详见附件，不得活页装订**。

5、采购单位联系人

新昌县中医院设备物资科 陈女士 电话：0575-86502833

总务设备仓库 吕老师 电话：0575-86502859

6、公告发布媒体：新昌县中医院网站http://www.xcxzyy.com

新昌县中医院

2025年04月07日

报名登记表

|  |  |
| --- | --- |
| 招标项目名称 | 新昌县中医院消毒产品试用 |
| 招标项目编号 | 2025-HC-01 |
| 投标人（供应商）名称 |  |
| 报名日期及报名联系人 | 年 月 日 联系人： 电话： |
| 联系地址 |  |
| 传 真 |  |
| 邮 箱 |  |
| 开户行名称 |  |
| 开户行账号 |  |
| 税号 |  |
| 投标标项 | 标项： |
| 样品递交标项 | 标项： |
| 我单位同意按采购文件要求参加投标（报价）并提交资料。  投标人（供应商）代表签字： | |

**附件1 格式文件**

格式一

**法定代表人身份证明书**

　 ｛姓名｝ 　，　｛性别｝　，　｛年龄｝　，　｛职务｝　，身份证号码： ，系　｛投标人名称｝ 的法定代表人。

特此证明。

　｛投标人名称｝　（盖章）

年 月 日

|  |
| --- |
| 法定代表人身份证复印件粘贴处 |

格式二

**法定代表人授权书**

新昌县中医院：

本授权书声明：我｛姓名｝系　｛投标人名称｝ 的法定代表人，现授权委托 ｛姓名｝ 为我公司全权代理人，身份证号码： ，以本公司的名义参加贵方组织的询价活动。代理人在询价过程中所签署的一切文件和处理与之有关的一切事务，我均予以承认。

代理人无转委权，特此委托。

法定代表人（签字）：

代理人（签字）：

　｛投标人名称｝　（盖章）

年 月 日

|  |
| --- |
| 代理人身份证复印件粘贴处 |

格式三

**新昌县中医院医用耗材报价单**

项目名称：

价格单位：（人民币）元

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 标项 | 平台交易代码 | 产品  名称 | 规格  型号 | 产地  品牌 | 单位 | 平台  单价 | 优惠措施 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

注：

1.以上报价包括设备、标准附件、专用工具、包装、运输、装卸、安装调试、培训、检测、验收、保修、税金、商检、保险、售后服务、备品备件、SPD服务费(≤3.5%)等完成项目所需的全部费用。

单位名称（盖章）：

法定代表人或委托代理人（签字）：

日期： 年 月 日

格式四

**同类项目业绩表**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **供货时间** | **项目名称** | **金额** | **实施情况** | **采购方单位名称** | **联系人姓名**  **联系方式** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

**提供相应的销售合同复印件或发票、用户联系方式并加盖询标供应商公章，原件备查。**

询标单位名称（盖章）：

法定代表人或委托代理人（签字）：

日期： 年 月 日

格式五

**投标单位情况介绍**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 投标人全称 |  | 法人代表 |  |
| 企业相关资质 |  | 营业执照编号 |  |
| 单位性质 |  | 隶属 |  |
| 主要业务 |  | 固定资产净值(万元) |  |
| 现有职工总人数 |  | 单位成立日期 |  |
| 法定代表人 | 1.姓名： 2.职务： 3.职称： | | |
| 联系方式 | 1. 地址：   2.邮编： 3.电话：  4.传真： 5. 联系人： | | |
| 开户银行 | 1、名称：  2、账号： | | |

## 格式六

## 投标单位的服务承诺书及保障措施

新昌县中医院 ：

非常荣幸能参加贵处组织的 （填写具体询价项目名称） 项目的询价事宜，现我公司就相关服务作出如下承诺：

一、质量保证：

　　二、交货保证：

三、技术服务：

四、保障措施：

五、培训服务：

六、售后服务：

七、其他：

询标单位名称（盖章）：

法定代表人或委托代理人（签字）：

日期： 年 月 日

格式七

**新昌县中医院 （询价项目名称） 项目投标优惠措施**

新昌县中医院：

我公司自愿提供以下优惠措施：

1、

2、

3、

……..

询标单位名称（盖章）：

法定代表人或委托代理人（签字）：

日期： 年 月 日

**投标样品填写格式**

1. 投标项目编号及标项：示例2025-HC-01/1
2. 投标单位：
3. 平台单价：
4. 产品平台交易代码：