三台县人民医院

关于“消毒供应中心常用耗材一批”的市场调研

我院因工作需要，拟对“消毒供应中心常用耗材一批”等进行市场调研，欢迎各潜在供应商报名参加，本次市场调研要求如下：

1. **项目清单及参数要求**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 编号 | 物资名称 | 产品要求 |
| 01 | 追溯专用标签 | 1.尺寸（长\*宽）mm：65mm\*50mm；2.标贴上追溯信息保存年限≥三年；3.标贴使用复合纸材，整个标签需使用模切线条将其分为三个功能区，既有牢固度又保证方便揭下；4.为适应不同粘贴表面，标贴应使用双层不干胶，上层胶为可移胶，下层胶为永久胶，经过灭菌程序后仍有足够粘性用于留档粘贴；5.面纸有预切的易揭角，筒芯内径采用国际标准一英尺规格；6.标签材质符合国家标准并且满足：180°剥离强度平均值达到 5.8（N/cm）、90°剥离强度平均值达到 4.1（N/10mm）；拉伸强度平均值达到 18.86（N/cm）、持粘性平均值达到 230（s）；初粘性达到 10#球需提供由第三方检测机构出具的参数检测证明文件；7.标签可与追溯系统进行信息化对接识别证明；8.标签需匹配追溯系统，可自动识别标签属性及尺寸大小。 |
| 02 | 追溯专用标签 | 1.尺寸（长\*宽）mm：47mm\*30mm；2.标贴上追溯信息保存年限≥三年；3.标贴使用复合纸材，既有牢固度又保证方便揭下；4.标签材质符合国家标准并且满足：180°剥离强度平均值达到 5.8（N/cm）、90°剥离强度平均值达到 4.1（N/10mm）；拉伸强度平均值达到 18.86（N/cm）、持粘性平均值达到 230（s）；初粘性达到 10#球需提供由第三方检测机构出具的参数检测证明文件。5.标签可与追溯系统进行信息化对接识别证明；6.标签需匹配追溯系统，可自动识别标签属性及尺寸大小。 |
| 03 | 追溯专用碳带 | 1.尺寸（宽mm\*长m）：70mm\*300m；适用于追溯标签的配套使用；2.碳带使用混合基材质，可耐高温≥ 134℃，确保高温灭菌后无融化现象；3.碳带宽度必须大于配套标签的宽度，确保打印信息无缺失；4.碳带材质需符合国内外行业标准，并且铅、汞含量≤ 2mg/kg。需提供第三方检测机构出具的参数检测证明文件。 |
| 04 | 器械包追溯身份牌 | 1.尺寸（长\*宽）mm：90mm\*60mm2.使用复合材料，可耐高温≥134℃，高温后无形变；3.网篮牌留有足够的空白区域打印条码等信息； |
| 05 | 器械包追溯身份牌 | 1.尺寸（长\*宽）mm：90mm\*80mm2.使用复合材料，可耐高温≥134℃，高温后无形变；3.网篮牌留有足够的空白区域打印条码等信息； |

1. **供应商资格要求简要说明：**

1. 具备独立承担民事责任的能力；

2. 在中国境内注册并且有独立法人资格的企业；

3. 具有良好的商业信誉和健全的财务会计制度；

4. 具有履行合同所必须的设备和专业技术能力；

5. 参加本次采购活动前三年内，在经营活动中没有重大违法记录；

6. 本项目不接受联合体投标。

**三、供应商应递交的资料**

1、承诺函；（附件1）

2、授权委托书；（附件2）

3、报价单；（附件3）

4、法人和被授权人员身份证复印件；

5、公司及人员资质证明文件；

6、类似服务应用的业绩；

**四、报名要求**

按要求填写资料 (请于文末下载附件模板)。

电子版资料：将技术参数(Word版资料)发送至电子邮箱447996591＠qq.com。

纸质资料：将资料按照第三条要求顺序排列并装入抽杆文件夹，封面留联系人及联系电话，必须编页码,加盖公司鲜章后邮寄至医院。未按照以上要求提供资料视为无效。

1. **调研安排**

截止日期后医院将根据具体情况及时开展调研工作，请保持预留通讯畅通，否则视为放弃本次调研。

三台县人民医院信息管理科

2024年03月27日

咨询联系人及电话：吴老师13547147144

接受咨询时间：法定工作日8:00-12:00， 14:30-18:00

快递地址、联系人及电话：绵阳市三台县人民医院信息管理科，

吴老师13547147144。

接收资料截止日期： 2024年04月3日17:30（北京时间）。

附件1:

**承 诺 函**

三台县人民医院：

经研究，我方决定参加贵院 项目的市场调研及报价。为此，我方郑重声明以下内容，并负法律责任。

1、我方提交的所有报名资料真实合法有效。

2、如果我方的报名文件被接受，我方将履行报名文件中规定的每一项要求，并按我方的承诺按期、保质、保量提供货物。

3、我方理解，最低报价不是比选的唯一条件，贵院有选择性价比高的产品的权利。

4、我方愿按《中华人民共和国合同法》履行自己的全部责任。

5、我方同意遵守贵院有关市场调研的各项规定。

公司名称（公章）:

授权代表签字：

年 月 日

附件2：

**法定代表人授权委托书**

三台县人民医院：

 （报名公司名称）法定代表人 授权我公司 （职务或职称） （姓名）为我单位本次报名授权代理人，全权处理此次（医院名称）项目市场调研活动的一切事宜。

特此授权。

公司名称（公章）：

法定代表人签字：

授权代理人签字：

年 月 日

附件3:

**报 价 表**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **项目名称** | **数量** | **价格（元）** | **备注** |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |
| 合计 | 小写： | 大写： |

公司名称（公章）:

授权代表签字：

联系电话：

年 月 日