## 安顺市人民医院关于听小骨置换假体

## 的比选公告

**一、基本信息**

采购人：安顺市人民医院

采购人地址：安顺市西秀区黄果树大街140号

采购项目名称：听小骨置换假体

公告时间：2025年4月30日

比选截止时间：2025年5月7日17:00

**二、采购项目简要说明**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **产品通用名称** | **用途** | **规格** | **数量** | **备注** |
| 1 | 听小骨置换假体 | 用于当传导性听力损伤，对中耳全部或部分听骨链施行置换手术，使病人听力得到恢复 | 半听骨 | 4 | 1.25\*0.38mm,3套；1.5\*0.38mmm，1套。 |
| 2 |  |  |  |  |  |
| 备注：以上产品总价＜2万元，按单个产品报价，报价要求为一次性报价； |

1. **供应商需提交如下资料：**

1.报价表（加盖公章），格式详见“附件1-报价表模板”，

2.供应商《营业执照》复印件（加盖公章）；

3.供应商产品《医疗器械注册证》或《医疗器械备案证》复印件（加盖公章）（根据所采购产品对该类证件的要求提供）；

4.生产企业《营业执照》复印件（加盖公章）；

5.生产企业《医疗器械生产企业许可证》复印件（加盖公章）；

6.生产企业对供应商的产品授权书（若有）；

7.产品彩页资料；

8.供应商认为需提供的其他相关资料；

**四、相关商务要求：**

1、 结算依据：本次采购乙方按医院账户信息开具增值税普通发票（或增值税电子普通发票），其发票附随货同行清单。

2、结算方式：验收合格入库后三个月内支付乙方货款，乙方需在发货后15个日历天内提供发票及其随货同行清单用于相关货款结算，否则甲方有权不予结算。

3、交货地点：供应商免费送至指定地点；

**五、资料提交方式：**

符合资格的供应商在询价截止时间内按下列方式提交资料：

发送报价表及资质（盖章后扫描）（按第三条要求提交资料）到电子邮箱（3258221841@qq.com）；

邮件命名格式：项目名称+供应商名称，未加盖公章视为无效报价；报价文件命名格式：项目名称+供应商名称；

**六、采购联系事项（咨询时间均为工作时间）：**

商务咨询联系人：设备科唐老师、胡老师：0851-33225974

**重要提示：**

**逾期提交响应文件的，采购人不予受理。**