

成都市青羊区中医医院
2026 年医用耗材（试剂）配送服务
采购项目

比 选 文 件

比选人：

成都市青羊区中医医院拟对成都市青羊区中医医院 2026 年医用耗材（试剂）配送服务采购项目采用比选方式进行采购，特邀请符合本项目要求的比选申请人参加比选活动。

一、比选申请人的资格要求

- (一) 具有独立承担民事责任的能力;
- (二) 具有良好的商业信誉和健全的财务会计制度;
- (三) 具有履行合同所必需的设备和专业技术能力;
- (四) 有依法缴纳税收和社会保障资金的良好记录;
- (五) 参加采购活动前三年内，在经营活动中没有违法记录;
- (六) 法律、行政法规规定的其他条件;

(七) 比选申请人应具有有效的营业执照，经营范围包含医疗器械销售，并具有第二类医疗器械经营备案凭证或医疗器械经营许可证；所供试剂应具有医疗器械注册证（或备案凭证）及产品技术要求，需冷链运输的试剂须符合医疗器械冷链质量管理相关规定。

- (八) 不接受联合体参与。

二、报价方式及定标原则

(一) 服务周期：预计至 2028 年 6 月 30 日，经考核合格后签署下一年合同，具体以采购人实际为准。如本项目达到政府采购限额标准须重新招标，或比选人完成后续正式招标采购后，本临时采购协议自动终止。

(二) 按附件报价函方式填报，比选申请人结合所供试剂的品类、规格及本项目的实际情况进行自主报价，所报价格为全费用价格（含货款、包装、运输、冷链配送、效期管理、税费等全部费用）。比选人对满足参选要求的比选申请人进行综合评选（综合考虑报价、产品质量

(注册证及效期)、供货能力、配送时效、售后服务等因素), 从中择优选定 1 家中选人。如条件一样的, 则以响应时间作为依据。试剂须与比选人现有检测设备完全匹配兼容, 供货前应完成设备验证; 因试剂不匹配或质量问题造成检测设备损坏的, 由中选人全额承担维修、更换费用及由此产生的损失。

三、比选申请文件组成

1. 报价函、承诺函。(格式见附件 1), 清单格式供货商自拟, 也可联系联系人获取;

2. 公司营业执照复印件、第二类医疗器械经营备案凭证 (或医疗器械经营许可证) 复印件、所供试剂医疗器械注册证 (或备案凭证) 复印件, 并加盖公章;

3. 试剂产品技术要求、说明书及质量保证相关材料 (如有要求);

4. 比选人认为可以提供的其他证明材料。

四、报价文件的递交

1. 接收时间: 2026 年 10 月 16 日至 2026 年 10 月 18 日

2. 所有资料请加盖公章密封,

纸质文件递交地址: 成都市青羊区乐平一路 6 号; 电子文件递交地址: 1299603678@qq.com (供货商需同时提供纸质文件及电子文件, 否则为无效投标) (邮件主题命名格式: XX 公司+采购项目名称)

3. 联系方式: 028-69282262

附件 1：格式

一、报价函

成都市青羊区中医医院：

我公司承诺，所报价格为含货款、包装、冷链运输、配送至检验科指定地点及税费等在内的全部费用，且不高于我公司向其他医疗机构供应同类产品的最低价格；中选后按比选人要求提供按需配送、效期管理及售后服务。

报价表

序号	品名及规格	单位	数量	单价（元）	备注
1	脂蛋白(a)测定试剂盒 (胶乳免疫比浊法)	盒	1		试剂 1 60ml×3、试剂 2 60ml×1
2	α-L-岩藻糖苷酶测定试剂盒（CNPF底物法）	盒	1		试剂 60ml×2
3	葡萄糖测定试剂盒 (葡萄糖氧化酶法)	盒	1		试剂 60ml×4
4	高密度脂蛋白胆固醇测定试剂盒 (直接法)	盒	1		570 测试/盒
5	低密度脂蛋白胆固醇测定试剂盒 (直接法)	盒	1		570 测试/盒
6	总胆固醇测定试剂盒 (CHOD-PA P 法)	盒	1		560 测试/盒
7	甘油三酯测定试剂盒 (GPO-PAP 法)	盒	1		560 测试/盒

序号	品名及规格	单位	数量	单价 (元)	备注
8	总胆汁酸测定试剂盒 (酶循环法)	盒	1		555 测试/盒
9	丙氨酸氨基转移酶测定试剂盒 (ALT)	盒	1		560 测试/盒
10	天门冬氨酸氨基转移酶测定试剂盒 (AST)	盒	1		560 测试/盒
11	碱性磷酸酶测定试剂盒 (ALP)	盒	1		560 测试/盒
12	γ -谷氨酰基转移酶测定试剂盒 (GGT)	盒	1		560 测试/盒
13	总胆红素测定试剂盒 (钒酸盐氧化法)	盒	1		560 测试/盒
14	直接胆红素测定试剂盒 (钒酸盐氧化法)	盒	1		560 测试/盒
15	总蛋白测定试剂盒 (双缩脲法)	盒	1		570 测试/盒
16	白蛋白测定试剂盒 (溴甲酚绿法)	盒	1		415 测试/盒
17	肌酐测定试剂盒 (肌氨酸氧化酶法)	盒	1		570 测试/盒
18	尿酸测定试剂盒 (尿酸酶法)	盒	1		560 测试/盒
19	尿素测定试剂盒 (尿素酶法)	盒	1		415 测试/盒
20	乳酸脱氢酶测定试剂盒 (LDH)	盒	1		560 测试/盒

备注：以上清单为检验科部分代表品目展示（完整试剂清单约 385 项，详见比选人提供的清单），不代表此次所有采购，具体品目、规格型号及数量以实际采购为准。如产生此清单外试剂，我公司承诺均按照市场价格提供。

如产生此清单外试剂，我公司承诺均按照市场价格提供。

注：具体品目、规格型号及数量以比选人要求为准。

比选申请人：（加盖单位公章）

年 月 日

二、承诺函

成都市青羊区中医医院：

我公司承诺满足以下资格要求：

- (一) 具有独立承担民事责任的能力;
- (二) 具有良好的商业信誉和健全的财务会计制度;
- (三) 具有履行合同所必需的设备和专业技术能力;
- (四) 有依法缴纳税收和社会保障资金的良好记录;
- (五) 参加采购活动前三年内，在经营活动中没有重大违法记录;
- (六) 法律、行政法规规定的其他条件。
- (七) 不属于联合体参与。

比选申请人：（加盖单位公章）

年 月 日

三、售后服务能力承诺函

售后服务能力承诺函

成都市青羊区中医医院：

1.我公司承诺在接到比选人下达的配送通知后，XX 小时内将检验试剂配送至比选人检验科指定地点；需冷链运输的试剂全程温控、记录可追溯。如遇紧急需求，我公司在 XX 小时内完成供货。

2.所供试剂效期须满足比选人要求，交付时剩余效期不低于总效期的三分之二；质保期内出现质量问题的，比选人有权要求更换或退货，我公司在 XX 日内完成；因质量问题导致无法正常使用的，我公司负责免费更换。

3.比选人发现产品不合格或与比选人要求不符的，有权拒收，我公司在 XX 日内更换完毕。

4.我公司承诺所供试剂与比选人现有检测设备（仪器品牌、型号）完全匹配兼容，供货前完成设备验证；因试剂不匹配、试剂质量或配送不当等原因造成检测设备损坏、检测结果异常的，全部维修、更换费用及由此产生的损失由我公司全额承担，与比选人无关。

比选申请人：（加盖单位公章）

年 月 日

