**南安市医院关于无人自助药房**

**采购意向公告**

根据疫情防控工作需要，经医院研究决定，拟采购以下设备，欢迎符合条件的供应商按附件中的“供应商推荐须知”，于2021年9月14日前，到南安市医院（福建省南安市溪美街道新华街330号）急诊楼6楼总务科递交推荐资料一式两份，资料不全者，谢绝接待。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 项目 | 单位 | 数量 | 基本要求 |
| 1 | 无人自助药房 | 套 | 1 | 1、可进行处方药自动发放、控制软件可与医院HIS实现无缝连接按照HIS处方信息发放药品；2、可储存药品品种不低于70种；3、药品储存量不少于3000盒（常规的盒装厚度17mm计算）；4、每小时处理处方数不低于200处方/小时；5、设备需自带处方核对功能（实物核对）无需人工参与核对。 |

南安市医院总务科 2021年9月7日

附件：

**供应商推荐须知**

为了使我们能够快速地了解产品，请提供以下资料，资料一式两份，须加盖供应商公章。具体事项请联系：王先生18959866060。

一、设备洽谈报名表（详见附表）

须认真填写是否需要配件或配套耗材，如无此项，请标注无；

二、资质证书（所有复印件须盖章）

1.设备相关证书：相关生产许可证、营业执照，以及其他取得的相关资质、专利等；

2. 生产厂家或代理商相关证书：法人营业执照复印件、医疗器械经营许可证等复印件；法人或法人代表授权书原件及授权业务员代表身份证复印件；

三、设备技术参数（须包含以下内容）

1.基本参数；

2.设备标准配置或供货清单；

3.与其他同档次产品的比较分析表；

4.供应商的技术及售后服务承诺书；

5.所推荐设备的相同型号的福建省用户名单和中标通知书或合同；福建省内无客户的，请附上其它省份的中标通知书或合同。

6.彩页资料。

附表：

**南安市医院设备****洽谈报名表**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 经销单位全称  （厂家或代理商） |  | | | | |
| 联系人 |  | | 联系电话 |  | |
| 设备名称 |  | | | | |
| 生产厂家全称 |  | | | | |
| 规格型号 |  | | | | |
| 注册证号 | （医疗器械注册证或其他相关许可证书） | | | | |
| 保修及售后服务 |  | | | | |
| 报价（万元） |  | | | | |
| 配套耗材名称  （若无此项，注明无） | 耗材单价 | 是否单独收费 | | | 是否属于高值耗材 |
| 1. |  |  | | |  |
| 2. |  |  | | |  |
| 3. |  |  | | |  |
| …… |  |  | | |  |