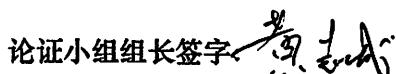


惠州市皮肤病医院采购项目论证报告表

| 项目名称 | 制剂室设备（封口机）采购项目 | | |
|------------------------------|--|-----------|--|
| 是否有预算 | 有 | 项目预算金额（元） | 1500 |
| 项目经办人 | 陈桂燕 | 联系方式 | 0752-2389008 |
| 论证时间 | 2021.11.2 | 论证地点 | 一号楼三楼会议室 |
| 监督人 | 刘幼红 | | |
| 类别 | 论 证 内 容 | | 论 证 意 见 |
| 项目概况 | 目前本院制剂都是手工拧瓶盖，瓶口未封口，运输过程容易外溢，气密性不佳容易影响产品的质量。制剂封口后在存储、运输中能隔绝外界空气对药物的影响，避免药物被污染，可提升医疗机构制剂质量，该机器覆盖了制剂室全部品种的铝箔封口。2021年制剂室设备采购项目（封口机）总费用为1500元（财务科已予预算批复）。 | | 封口机用于本院制剂瓶口密封，是必要采购项目。预算合理且年中已经过预算委员会会议通过。 |
| 市场调研（货物质量/服务要求、数量，价格，市场供应情况） | 详见《市场调研情况汇总表》 | | 供应商来源真实；价格合理；所选三家供应商的服务水平和质量符合我院要求。 |
| 供应商资格要求 | 详见《项目需求书》 | | 条件设定合理。 |
| 详细技术参数指标 | 详见《项目需求书》 | | 参考品牌型号及参数指标合理可行。无倾向性、排他性。 |
| 项目商务要求（含交货期、验收标准、质保期等） | 1、付款方式：预付款。 2、售后：设备保修至少一年。 3、送货时间：提交需求订单后10天内须到货。 4、送货方式：应当保证其出售的全部货物都按照标准进行包装，以适应于远距离运输、防潮、防震等要求，确保货物安全无损地运抵交货地点。送货地址：采购人指定地点。 5、验收标准： (1) 供货商送到现场的货物数量、型号要与原始订单一致。 (2) 货物包装箱无有棱角塌陷，封箱胶带无断裂等严重破损情况； (3) 封口机表面无划痕。 (4) 安装完成后，开机检查封口机启动状态，可以正常运行使用，能封盖不漏液，使用时无较大噪音。 | | 交货时间及验收标准明确，付款方式、售后服务条款合理。无倾向性、排他性。 |

| | | |
|---------------------------------------|--|---------------------------------|
| | <p>(5) 配送时应提供符合国家税法规定的正规发票、加盖公章的发货单(不少于三联)、产品合格证、质量合格证、该批产品的质检报告等资质或证明文件。随货不能完整交付规定的货物及附随资料的，视为未按照合同约定交货应当在72小时内负责补齐，否则视为验收不合格。</p> <p>(6) 提供的货物经我院质量验收不合格的，供货商应当无条件进行更换，直至验收合格为止，所需费用由供货商自行承担，同时，供货商应当承担相应的违约责任。</p> | |
| 采购方式 | 比选采购 | 采购金额在一万元(含)以上且10万元以下，采购方式为比选采购。 |
| 其它需要论证的事项 (含招标及竞争性谈判的建议评审标准、管理措施等) | 无 | |
| 论证小组成员 综合意见 | <p>经过充分论证分析，形成如下建议意见：</p> <p>本项目为我院制剂室的必须采购项目，预算合理且已经过预算委员会会议通过。供应商来源真实，价格符合规定；供应商资格条件设定合理：参考品牌型号及参数指标合理可行，无倾向性、排他性；交货时间及验收标准明确，付款方式、售后服务条款合理；同意本项目采用比选方式采购。</p> <p>论证小组组长签字 </p> | |

论证小组成员对以上论证结果有不同意见，请在此栏注明：

签字：

| 论证小组成员 签字确认 | 所在科室 | 职务/职称 | 签字确认 |
|----------------|--|-------|------|
| | 财务部 | 会计 | 林莲 |
| | 采购办 | 主任 | 董志伟 |
| | 物流科 | 主管药师 | 储伟忠 |
| | 采购办 | 办事员 | 黄晓萍 |
| | 药剂科 | 主管药师 | 陈雅琴 |
| 采购管理领导小组 意见 | 经2022年11月5日采购管理领导小组会议通过，详见《医院系统[2022]19号会议纪要》。 | | |