

杭州市第一人民医院 2024 年医用食品项目市场调研公告

为进一步规范医用食品采购工作，根据相关规定，我院将对以下医用食品项目进行前期市场调研，请符合条件的产品供应商积极参与报名。

一、项目清单

本次市场调研项目如下

序号	采购项目名称	采购需求概况	预算金额 (万元)
1	西湖大学附属杭州市第一人民医院医用食品招标	1. 全营养配方：整蛋白全营养型（液态）。 2. 疾病型全营养配方：肿瘤型（液态）、低 GI 型粉剂、肝病（支链氨基酸）粉剂、低脂型粉剂、肾病（低蛋白型）粉剂、低渣型粉剂、生酮饮食（液态）。 3. 组件类：碳水化合物（液态）、乳清蛋白粉、鱼油（DHA）、谷氨酰胺、HMB、膳食纤维、益生菌粉、增稠剂。 4. 预消化型：短肽型（液态）。 5. 匀浆型：清流型粉剂、普通型粉剂（米粉）、纤维型粉剂。 6. 肠内营养袋：小号、大号。	800

二、参与单位资格要求

1. 具有独立承担民事责任的能力；
2. 具有良好的商业信誉和健全的财务会计制度；
3. 具有履行合同所必需的设备和专业技术能力；

三、调研时间及报名方式

- 1、调研报名截止时间；2024 年 3 月 26 日。没有进行邮件报名的，不再接受其他报名方式。

2、 调研材料：

(1) 《企业法人营业执照》；

(2) 法人身份证复印件；

(3) 法人授权委托书及被授权人身份证复印件；

(4) 供应商必须具备所参与市场调研项目的经营资质证明文件
(复印件加盖公章)；

(5) 产品介绍彩页，主要技术参数详细信息。

(6) 产品的优势及市场占有情况。相同型号的产品，浙江省三年内成交合同复印件及配置清单及联系方式。

(7) 售后服务。

(8) 供应商认为需要提交的其他材料。

3. 报名方式：将调研材料一起打包以电子邮件形式发送至邮箱：
846243409@qq.com（一个公司只允许发一份邮件，不允许多个邮件发同一份报名资料），邮件标题为：调研项目名称+参会公司名称+参会代表+联系方式；

4. 联系人及联系电话 联系人：林女士 联系电话：0571-56007070

四、其他注意事项：

1. 医院将根据临床需求，业务发展，产品报价，售后服务，运营成本等综合考虑，进一步明确采购需求。

2. 此次市场调研结果将作为采购人制作采购文件的重要参考，请广大供应商客观、如实填报；

3. 此次填报供应商存在弄虚作假，被查证属实的，将依法依规严肃处理。

4. 当项目报名数少于 3 家时，取消该医用食品的本次市场征询。