## 温馨提示：为了节省您的时间请在填写合同之前注意一下几点提示

## 1.标注有黄色字体区域必须填写不得留白

## 标黄色字体是为了助您更快捷的完善合同填写

## 合同填写好后请把标有黄色字体的地方还原成黑色字体

## 中标通知书、营业执照是附加在合同里不可单独发出

## 5.合同用word 的形式发出，切记不得使用PDF的形式



**医用耗材采购**

**合**

**同**

**书**

**项目编码：**

**合同编号：**

**项目名称：**

**签约单位：**

**签约时间：**

**签约地址：深圳市光明区人民医院**

**包项目购销合同**

## 甲方:深圳市光明区人民医院

## 乙方:

甲、乙双方根据 年 月 日，深圳市光明区人民医院内招标采购项目（项目编码： 项目名称： 的中标结果和“招标文件”的要求，经采购科室 确认，为便于我院医用耗材购销正常运作，维护甲、乙双方的合法权益，经双方协商，共同达成本合同书之全部条款，并共同守约执行。

一、甲方为深圳市光明区人民医院，所需医用耗材品名、规格、厂家、供货价详见表格：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 耗材名称 | 注册证名称 | 规格型号 | 品牌 | 产地 | 单价(元) | 计量单位 | 备注 |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |

**乙方在合同有效期内不能因市场的波动调整供货价格。**

1. 按深圳市光明区人民医院的中标结果和招标文件的要求，甲方上述医用耗材由

供应。

2、周期内如遇国家、省级等相关医用耗材采购政策重大改变时，医院将根据采购政策要求做相应的调整。如合同期内某项耗材进入集采范围，为响应国家政策，该项耗材将无条件于集采平台采购，合同内其余耗材不受影响。

二、质量保证：

1、乙方提供的医用耗材必须符合医用耗材质量标准，并具有医用耗材生产企业质检部门医用耗材检验报告书。进口医用耗材须有进口医用耗材注册证和口岸药检所的检验报告书。

2、乙方所提供的医用耗材在有效期内出现质量问题，要按质量承诺，由乙方负责退货，应承担相应责任。

3﹑甲方在合同有效期内，因乙方产品质量问题或不能满足临床需求，甲方有权更换能够满足临床实际需求的产品。

三、交货时间、地点和方式：

1、合同签订后，按甲方每批计划乙方必须按服务承诺负责将医用耗材运至甲方指定的地点，由甲方仓库仓管员负责验收。

2、乙方接到供货通知后,在24小时内送货；加急情况下随叫随送。货物全部送达并经甲方验收合格的，甲方向乙方发出结算通知，乙方需在收到甲方结算通知后10个自然日内提交发票，乙方提供的发票必须是符合国家税法规定的正规、有效税务发票。医用耗材运达所产生的费用由乙方负责。运输途中的破损、丢失，由乙方负责。

3、交货时,乙方应随医用耗材向甲方提供检验报告和质量标准及所要求的相关资料。

四、付款方式：

甲方验收乙方交付的中标医用耗材之日起120天内按本合同约定之单价支付该笔医用耗材的货款给乙方。本合同以人民币进行结算，该价格为深圳工地价（含税）。

五、违约责任：

1、乙方所提供的医用耗材的厂家、品种、规格、数量不符合合同规定的标准，甲方有权拒绝收货，乙方应对不符合要求的产品在接到通知24小时内进行更换，不得影响甲方的临床应用,乙方需承担甲方因此造成的经济损失(包括但不限于因此造成的律师费﹑诉讼费﹑保全费以及其他因此造成的经济损失)。

2、乙方逾期7日内不能提供医用耗材的，应向甲方每日支付该批次货款5%的违约金。违约金的最高限额是合同总价的10％，一旦达到违约金的最高限额，甲方有权终止合同。乙方给甲方造成的实际损失高于违约金的,对高出违约金的部分乙方应予以赔偿。

3、乙方提供的医用耗材的剩余有效期应为自最终验收通过之日起半年以上，若乙方供应的医用耗材有效期在半年以内，按质量承诺要求，甲方可根据情况提出退货或换货，乙方必须按甲方要求给与无条件退货或换货,同时乙方需承担甲方因此造成的经济损失(包括但不限于因此造成的律师费﹑诉讼费﹑保全费以及其他因此造成的经济损失)。

4、未列入以上条款的如有违规的，则按照《中华人民共和国政府采购法》以及相关法律法规之法律责任条款处理。

5、乙方不得以任何理由擅自停止产品的供应，否则甲方有权终止与乙方的合同并追究由此造成的损失(包括但不限于因此造成的律师费﹑诉讼费﹑保全费以及其他因此造成的经济损失)。

6、乙方供应产品因质量问题或售后服务不当引起的医疗事故、医疗纠纷，乙方承担事故处理及责任赔偿等相应的责任,甲方因上述行为所产生的损失及赔偿(包括但不限于律师费﹑诉讼费),均由乙方承担。

7、本合同所涉及的各类违约金，必须在30日内支付。

六、不可抗力：

1、不可抗力事件是指合同双方在签署本合同时不能预见、不能避免并不能克服的客观情况。包括：地震、台风、水灾、火灾，以及政府行为、战争、瘟疫等。

2、若任何一方因不可抗力事件不能履行本合同，应及时通知对方，并在不可抗力发生后     30日内向对方提供有关不可抗力发生的有效证明。

3、受不可抗力事件影响的一方应迅速采取合理的措施，尽量减少因不可抗力事件给各方带来的损失。如果未能尽其努力采取积极的措施减少不可抗力事件的影响，则该方应承担由此而扩大的损失。

4、如果发生影响履行本合同的不可抗力事件，则双方应及时协商制定并实施补救计划和合理的替代措施，减少或消除不可抗力事件的影响。

5、不可抗力影响合同履行超过 30日的，双方均有权解除合同，由此产生的损失由双方平均分担。

七、甲方已启用医用耗材SPD管理系统，乙方在参与我院的医用耗材配送业务中，都需通过甲方SPD项目进行精细化管理，根据SPD供应商平台交易数据支付2%服务费用给SPD运营商。集采的项目不收取服务费。

八、其他

1﹑甲﹑乙双方均同意因质量问题而发生的争议，由深圳市光明区市场监督管理局安排有资质的质量鉴定及检验机构进行鉴定及检验，该检验结果是最终的, 不符合质量标准的，鉴定费由乙方承担。

2、本合同履行过程中，若因政府政策的调整，导致不能继续履行合同或者不能实现合同目的导致本合同无法正常履行时，本合同终止。

3、因执行合同过程中所发生的一切争议，双方首先通过友好协商解决，如协商后仍不能解决，任何一方均可以诉诸甲方所在地人民法院解决。

4、本合同一式伍份，甲方执 肆 份，乙方执 壹 份，自双方签字盖章之日起生效，均具同等法律效力。

5、本合同自签订之日起三十六个月有效，即从 年 月 日起至 年 月 日。

6、本合同未尽事宜，双方可签订补充协议，补充协议与本合同具有同等法律效力。

7、本合同附件为本合同组成部分，与本合同具有同等法律效力。

附件1、中标通知书、营业执照及三证复印件

附件2、链接承诺书

|  |  |
| --- | --- |
| 甲方：深圳市光明区人民医院 | 乙方： |
| 地址：深圳市光明新区马田街道松白路4253号4221号和光明街道华夏路39号 | 地址： |
| 法定代表人： | 法定代表人： |
| 委托代理人： | 委托代理人： |
| 电话： 0755-27166086 | 电话：  邮箱： |
| 开户银行：中国银行深圳公明支行 | 开户银行： |
| 帐号：777071466791 | 帐号： |
| 统一社会信用代码：12440300MB2C78267B | 统一社会信用代码： |

附件1、中标通知书

营业执照ji



**医疗卫生机构医药产品廉洁购销合同**

甲方：深圳市光明区人民医院

乙方：

项目名称： 使用科室：

为进一步加强医疗卫生行风建设，规范医疗卫生机构医药购销行为，有效防范商业贿赂行为，营造公平交易、诚实守信的购销环境，经甲、乙双方协商，同意签订本合同，并共同遵守：

一、甲乙双方按照《中华人民共和国民法典》及设备（耗材）购销合同约定购销医用设备、医用耗材等医用产品。

二、甲方应当严格执行设备（耗材）购销合同验收、入库制度，对采购医用设备（耗材）及发票进行查验，不得违反有关规定合同外采购、违价采购或从非规定渠道采购。

三、甲方严禁接受乙方以任何名义、形式给予的回扣，不得将接受捐赠资助与采购挂钩。甲方工作人员不得参加乙方安排并支付费用的营业性娱乐场所的娱乐活动，不得以任何形式向乙方索要现金、有价证券、支付凭证和贵重礼品等。被迫接受乙方给予的钱物，应予退还，无法退还的，有责任如实向有关纪检监察部门反映情况。

四、严禁甲方工作人员利用任何途径和方式，为乙方统计医师个人及临床科室有关医用耗材产品用量信息，或为乙方统计提供便利。

五、乙方不得以回扣、宴请等方式影响甲方工作人员采购或使用医用产品的选择权，不得在学术活动中提供旅游、超标准支付食宿费用。

六、乙方指定 作为销售代表洽谈业务。销售代表必须在工作时间到甲方指定地点联系商谈，不得到住院部、门诊部、医技科室等推销医药产品，不得借故到甲方相关领导、部门负责人及相关工作人员家中访谈并提供任何好处费。

七、乙方如违反本合同，一经发现，甲方有权终止购销合同，并向有关卫生计生行政部门报告。如乙方被列入商业贿赂不良记录，则严格按照《国家卫生计生委关于建立医药购销领域商业贿赂不良记录的规定》（国卫法制发〔2013〕50号）相关规定处理。

八、本合同作为设备（耗材）购销合同的重要组成部分，与购销合同一并执行，具有同等的法律效力。

九、本合同一式四份，甲、乙双方各执一份，甲方纪检监察部门（基层医疗卫生机构上报上级卫生计生行政部门）执一份，随购销合同留档一份，并从双方签字之日起生效。

甲方（盖章）：深圳市光明区人民医院 乙方（盖章）：

授权人签名： 授权人签名：

签定日期： 年 月 日