**仪征市人民医院医疗设备需求调研材料目录**

欢迎生产企业、经营企业以及潜在供应商提交产品资料。有意向者必须提供符合我院要求的报名文件，并保证所提供的各种材料真实、有效、齐全，承担相应的法律责任。**请按下列顺序装订并标明页码，并严格按照本清单内容递交材料，否则视为自动弃权！**

1. 封面：产品名称、品牌型号、注册证号、有无专机专用耗材/试剂、公司名称、联系人姓名及联系方式等信息。
2. 设备需求调研表：内容包含产品名称、品牌型号、技术参数、配置清单、易损件清单、产地、报价（含所有费用），**如涉及专机专用耗材/试剂，请提供江苏省阳光采购平台的中标编码，项目收费代码及收费标准，耗材收费代码及收费标准，江苏省阳光采购网产品及配送企业截图。**
3. 资质及授权书：生产厂家、中间级代理商、供应商。
4. 法人代表授权书: **项目全流程必须是法定代表人或其唯一委托代理人参加（提供近三个月内任意一份依法缴纳税收和社会保障资金的相关材料）。**法人代表参加调研，须提供本人身份证复印件(原件备查)；若授权代表参加，须提供法人代表授权书、法人代表和被授权人身份证复印件(原件备查)。
5. 业绩：其他医院（省内三级医院）中标通知书或合同及相应配置（如我院两年内采购过，提供我院采购合同和相应配置）。
6. 用户名单：医院名称、采购时间、联系人、联系方式。
7. 产品注册证：提供设备生产厂家对投标产品的设计使用范围、期限等信息（如说明书、注册证、铭牌等）复印件，并提供设备使用超出范围后使用可能存在潜在临床风险及法规问题，说明文件并加盖原厂及投标公司公章。
8. 宣传彩页（纸质版需要提供印刷版，打印和复印版无效；pdf版需扫描彩页）。

***报名材料需提供正本的PDF格式电子扫描文件，以项目名称+公司名称命名，发送至下述联系人邮箱预审，逾期不予受理。***

调研时间：预审合格后另行通知，预审不合格不予通知。

调研地点：仪征市人民医院科技行政楼5楼党建办公室。报名单位须由法定代表人或其委托代理人参加，携报名文件（正本壹份，副本肆份）。

联系人：张猛 邮箱：810838276@qq.com 电话：0514-83450109

地址：仪征市东园南路61号，仪征市人民医院招标采购管理科（行政楼1楼）

表1.调研询价表

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 品牌、型号 | 产地 | 价 格 | 主要性能、特点 | **原厂质保（年）** | 周边三家二甲以上医院用户名单、采购时间、联系人及合同价格 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

表2.相关试剂/耗材（不够可另附页）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 品名 | 型号规格 | 生产商 | 单位 | 报价 | 供应价 | 项目收费代码、收费标准 | 耗材收费代码、收费标准 | 省平台中标编码 | 27位国家码 | 是否开放？有无其它品牌替代？ | 耗材消毒后是否可以重复使用？（周期） |
|  |  |  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

表3.易损配件（不够可另附页）

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 品名 | 型号规格 | 生产商 | 单位 | 报价 | 供应价 | 是否有其它品牌替代？ | 预计更换周期 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |