**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. 设备需求调研内容：按表1、表2、表3要求填写**（如涉及专机专用耗材/试剂，必须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. 技术参数、配置清单。
4. 资质及授权书：生产厂家、中间级代理商、供应商。
5. 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公司税收缴纳和委托代理人依法缴纳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**)。
6. 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。
7. 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），省内三级医院用户名单、采购时间、联系人、联系方式。
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）。

***报名时需提供报名材料正本的PDF格式电子扫描文件，以设备名称+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：报名材料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携报名文件（正本壹份，副本肆份）参加。

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（总价） | 主要性能、特点（配置清单另附材料） | **原厂质保（年）** | 用户名单 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

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 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |