**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并加盖单位公章，否则视为自动弃权！

1.封面：产品名称、品牌型号、注册证号、有无耗材/试剂、公司名称、联系人姓名及联系方式。

2.设备需求调研内容：按表1、表2、表3要求填写。

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.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。

6.法人代表授权书: 项目全流程必须是法定代表人或其被授权人参加（提供公司近三个月内任意一份税收缴纳和被授权人近三个月内任意一个月在参加报名的公司依法缴纳社会保障资金的证明材料）。法人代表或授权代表参加调研时须提供本人身份证备查。

7. 未被“信用中国”网站(www.creditchina.gov.cn)、“中国政府采购网”(www.ccgp.gov.cn)列入失信被执行人、重大税收违法案件当事人名单、政府采购严重违法失信行为记录名单的证明材料（截图）；参加政府采购活动前3年内在经营活动中没有重大违法记录的书面声明。

8.不存在以下情形书面声明：单位负责人/法人为同一人或者存在直接控股、管理关系的不同供应商参与同一项目的调研。

9.业绩：提供近三年与本次所投产品同品牌的（以三级医院为主）中标通知书或合同(含供货价格)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），三级医院用户名单、采购时间、联系人、联系方式。

10.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）。

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：仪征市人民医院行政楼2楼会议室。

联系人：张猛 邮箱：[仪征市人民医院招采科@163.com](mailto:13852516125@163.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）

**注意：**

**1.以上所有资料均需加盖公章，扫描为一个PDF文件，以具体包号项目名称+公司名称命名，发送至上述联系人邮箱预审，逾期不予受理。**

**2.同时提供技术参数或针对项目需求的方案Word版，以具体包号项目名称+公司名称命名,发送至上述联系人邮箱。**

**3.现场调研时报名单位须由法人代表或报名材料中明确的被授权人（未经允许不得擅自更换被授权人）携密封加盖公章的报名文件（正本壹份，副本肆份）参加（携身份证原件备查）。**

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