**厦门市中医院12月份医疗设备采购项目调研公告**

我院近期拟就以下项目进行采购前市场调研，欢迎符合条件及资质的相关设备厂商和（或）授权供应商报名参加调研，具体如下：

1. **项目内容：**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 设备名称 | 单价（万元） | 数量 | 总价（万元） | 使用科室 |
| 1 | 全自动单独HE低染机 | 20 | 1 | 20 | 病理科 |
| 2 | 麻醉机 | 45 | 1 | 45 | 麻醉科 |
| 3 | 多功能激光光电平台 | 45 | 1 | 45 | 医疗美容科 |
| 4 | 生物刺激反馈仪 | 15 | 2 | 30 | 儿科 |
| 5 | 神经外科手术显微镜 | 350 | 1 | 350 | 神经外科 |

**二、材料要求：**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **序号** | **内容** | **备注** |
| 1 | 封面 | 附件1 |
| 2 | 目录 |  |
| 3 | 供应商报名表 | 附件2 |
| 4 | 法定代表人授权书原件及身份证复印件（双面） | 附件3 |
| 5 | 设备报价单（含品牌、生产厂家、型号、原产地、到货期）与保修期后年维保报价 | 附件4 |
| 6 | 设备详细技术参数 |  |
| 7 | 设备特点、优点（独有功能、技术，相比竞品的优势等） |  |
| 8 | 设备标准配置清单及选配件清单 | 附件5 |
| 9 | 耗材内容确认表 | 附件6 |
| 10 | 易耗品清单及报价 | 附件7 |
| 11 | 本品牌全系列产品型号表，及各系列下不同型号关键参数对比表 | 附件8 |
| 12 | 供应商三证 |  |
| 13 | 供应商医疗器械经营许可证及备案许可 |  |
| 14 | 设备医疗器械注册证、注册证登记表、及注册证附页 |  |
| 15 | 设备生产厂家三证 |  |
| 16 | 配套耗材及试剂（包含专机专用，非专机专用）医疗器械注册证及登记表 |  |
| 17 | 耗材和试剂清单及分项报价单 | 附件9 |
| 18 | 供应商合法销售设备有效授权书（可有效追溯至原厂）、原厂售后服务承诺书 |  |
| 19 | 前3年内在政府采购活动中没有重大违法记录的书面声明 |  |
| 20 | 其他单位中标资料，内容包含中标通知书、配置清单、配套耗材及试剂（包含专机专用，非专机专用）、发票复印件 |  |
| 21 | 用户清单 |  |
| 22 | 产品彩页（彩页须含关键技术参数）及技术参数白皮书(单独发送电子版，确保文字、图片清晰可见) |  |

**三、材料提交方式及时间：**

（1）以上资料准备完整，加盖公章后，扫描成PDF文件（确保文字、图片清晰可见），发送到我院设备物资部邮箱：xmszyy\_sbwzb@163.com，文件名称请注明XX公司XX项目报名材料，每份材料一个项目，若报名多个项目，请分开提交；

（2）报名材料电子版提交时间：2023 年 12 月 26 日- 2024 年 1 月 2 日下午17:30 ；

（3）我院将针对调研项目择期组织召开产品论证会（时间由设备物资部通知，不再另行挂网公告）；

**四、其他说明：**

（1）如供应商提供的资质证件等材料有误或不符合要求则自动解除报名资格；

（2）联系人：设备物资部 小吴 ；联系方式：0592-5579067；

（3）报名材料附件附后，请自行下载。