**苏北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调研文件（**纸质文件两份，PDF文件一份**），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**：

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. 法定代表人参加调研，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《法人授权书》原件、被授权人身份证复印件(原件备查)。
3. 设备采购需求调研表，内容包含：产品名称、品牌型号、技术参数、配置清单、产地、报价（人民币或美元，含货至我院指定地点的运输、保险、安装等所有费用）、易损配件等，并提供相应的佐证材料：采购合同（无遮挡，有完整配置清单），三甲医院用户名单、采购时间及联系人等。
4. 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）复印件或照片，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。
5. 生产厂家和代理公司资质及简介。
6. 生产厂家授权书、经销人员身份证复印件。
7. 宣传彩页。
8. 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或相应ID号，并提供江苏省阳光采购平台截图。
9. 上述材料正本必须加盖公司公章。

请将上述所有文件每页加盖公司公章后，扫描制作成一份pdf文件，以设备名称+公司名称命名，分别发送至下述联系人邮箱，一份纸质版材料交至苏北人民医院18号楼517招标采购中心，一份纸质版材料交至苏北人民医院18号楼501医学工程部。

**公司需严格按照本清单内容递交材料，否则视为自动弃权！**

联系人：

丁蔚 邮箱：281539228@qq.com 电话：18051061561

杜梦楠 邮箱：370995168@qq.com 电话：18051061562

. 设备采购需求调研表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **设备名称** | **数量****（台/套）** | **总预算****（万元）** | **推荐品牌型号** | **苏北医院****历史成交价**（如有填写最近一次，如无则不填） | **江苏省内代表性医院（苏南苏中苏北三甲医院）采购情况** | **报价****（万元）** | **备注****(**技术参数、配置清单、产地等，另附页**)** |
| **医院名称** | **中标价****（万元）** |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |
|  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |
|  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |
|  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |
|  |  |

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

.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 | 可否单独收费？（收费代码） | 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） |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |