**南通市第二人民医院医疗设备托管服务了解公告**

南通市第二人民医院根据科室建设需要，拟对下列项目作技术了解，在此诚挚邀请国内符合要求的供应商进行技术交流并提供相应的资料。凡参与我院该项目的供应商均需对所提供的材料（包括软硬件生产厂家和供应商提供的所有材料）的真实性和有效性承担全部责任，对产品性能的说明必须真实、客观，不得有夸大说明。违规行为或非诚信行为一经发现，视情节严重程度，院方将暂停或取消该供应商参与我院后续项目的权利，发生的一切损失及法律纠纷由该供应商承担全部责任。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 项目名称 | 单位 | 数量 | 说明 |
| 1 | 医院医疗设备托管服务项目 | 年 | 1 | 一招三年，一年一签，无违约事项可以续签 |

一、填写《**医疗设备托管服务市场情况了解表**》、《**报名表**》
二、材料请加盖公司公章
三、资格要求提供下列材料，所要求提供材料一律以电子版形式随《**市场情况了解表**》《**报名表**》一并于2024年9月27日17：00前发邮件至：**nt2ysbk1@126.com**。所有材料需扫描于一个文件中，格式为PDF，文件名请命名为“项目名称+公司名称”，材料如不符要求，将不予接收。医院择期择优安排产品介绍。

1、法人或者其他组织的营业执照等证明文件，自然人的身份证明2、报名人需提供法定代表人授权书（原件）及被授权人身份证复印件

3、公司简介及承接本项目开展业务内容的详细介绍

4、近三年的合作项目合同（南通地区用户优先），价格不得隐藏

5、南通地区用户名单

6、江浙沪用户名单

7、本项目相关的各类服务方案（包含不限于计量器具的检测方案）

南通市第二人民医院

2024年9月23日

附件：《报名表》、《市场情况了解表》

**报名表**

南通市第二人民医院：

根据贵院网站医疗设备托管服务了解公告，我公司愿意参与了解，具体报名信息如下：

公司联系人：

手机号码：

销售公司名称（盖章）：

报名日期：

**医疗设备托管服务市场情况了解表**

填表日期： 年 月 日

|  |  |
| --- | --- |
| **公司全称** |  |
| **联系人** |  | **联系电话** |  |
| **★企业是否是中小企业** |  |
| **服务价格** | 按纳入维保设备总金额，设备托管服务费用（含计量检测费用）占比为：大写：小写： |
| **一、其他优惠条件** | 　 |
| **二、南通地区用户** |  |
| **三、江、浙、沪地区典型用户** | 　 |