**南通市第二人民医院医疗设备技术了解公告**

南通市第二人民医院根据科室建设需要，拟对下列设备作技术了解，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 | 设备名称 | 单位 | 数量 | 说明 |
| 1 | 超声骨刀 | 台 | 1 | 口腔科用 |
| 2 | 齿科微动力 | 台 | 1 | 口腔科用 |
| 3 | 封膜机 | 台 | 1 | 检验科用 |
| 4 | 血小板恒温振荡保存箱 | 台 | 1 | 检验科用 |
| 5 | 光子治疗仪 | 台 | 1 | 红蓝黄 |
| 6 | 骨科器械 | 件 | 16 | 参考规格见附件 |
| 7 |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |

项目联系人电话:邓老师17696757807（微信同号）

一、材料请加盖公司公章

二、下列所需材料需**每设备按序扫描**成一个文件，格式为PDF，文件名请命名为“设备名称-公司名称”，于2025年6月20日17：00前发邮件至：**nt2ysbk3@126.com**。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.《报名表》（格式见附件）

2.《医疗设备市场情况了解表》、《标准配置清单》、《选择配置清单》（格式见附件）

3.设备维修主要配件、重点配件价格表（格式自拟）

4.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；
5.报名人需提供法定代表人授权书（原件）；

6.报名人需提供经营许可证等。（复印件并加盖公章，其它材料同）；

7.所介绍产品按国家规定需提供医疗器械注册证及卫生许可批件的（包括设备和耗材两部分），投标人需提供相关证件（复印件）；

8. ★**产品说明书中**关于诊疗范围、适应症相关的全部描述页（拍照粘贴）；

9.提供所介绍产品彩页及产品性能、参数描述；

10.本型号与主要竞争产品性能对比表；

11.所介绍产品近1年内的合同（同品牌型号，不限签约乙方，南通地区用户优先），价格不得隐藏；

12.南通地区用户名单(同类产品，标注型号)

13.江浙沪用户名单(同类产品，标注型号)

**备注：**

1、供货时需提供可追溯至生产厂家的各级授权书

2、调研时参与调研的供应商将上述PDF文件打印一式三份

南通市第二人民医院

2025年6月16日

附件：《报名表》、《医疗设备市场情况了解表》、《标准配置清单》

《选择配置清单》

**报名表**

南通市第二人民医院：

根据贵院网站医疗设备技术了解公告，我公司愿意参与以下设备项目技术了解，具体报名信息如下：

设备名称：

品牌：

生产企业：

生产企业是否中小企业：

销售公司联系人：

手机号码：

销售公司名称（盖章）：

报名日期：

**医疗设备市场情况了解表**

|  |  |
| --- | --- |
| **项目需求** | 设备名称：数 量： |
| **公司全称（盖章）** |  |
| **填表日期** | 2025年 月 日 | **联系人** |  | **联系电话** |  |
| **品牌** | 　 | **型号** | 　 |
| **注册证中****设备名称** | 　 | **注册证号** | 　 |
| **生产企业名称** |  | **★生产企业是否是中小企业** | 　 |
| **质保期** | 整机质保，**含所有附件**（含易损件及易耗品。不含医用耗材），**质保期内免费提供保养用耗材**，质保 年 | **设备使用年限（以设备铭牌为准）** |   |
| **价格单价****（人民币，元）** | 大写：小写： |
| **一、江苏省收费标准** | 收费编码及名称 | 收费标准 | 医保收费类别(自费/甲/乙/丙) |
| （行数不够请自行增加） |  |  |
| 1. **重要说明及提醒**
 | 1.请按附件格式提供标准配置清单、选择配置清单。配置中属于经常损坏或需定期更换的易损件请备注“易损”。2.★未提供选择配置清单则视为本机上可用的所有部件均视为标配提供。3.质保包含合同内提供的全部产品，包含各类附件；质保期内按说明书免费定期保养，保养所需耗材由供应商免费提供。**参与供应商视为接受本条款。** |
| **三、其他优惠条件** | 　 |
| **四、同品牌、同型号南通地区典型用户** |  |
| **五、同品牌、同型号江、浙、沪地区典型用户** | 　 |
| **六、供货时间** | 自中标后 天内 |
| **七、专用耗材情况** | [ ]无专用耗材；[ ]有专用耗材，耗材信息如下：

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 耗材名称 | 规格型号 | 中标码 | 中标价\*优惠率 | 医保收费类别(自费/甲/乙/丙) |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

 |

**标准配置清单**

**★重要说明：**

**1、易损件或需要定期更换的请备注“易损”**

|  |  |
| --- | --- |
| 公司全称（加盖公章） |  |
| 设备名称 |  | 规型号格 |  |
| 填表日期 |  年 月 日 |
| **序号** | **名称** | **规格** | **数量** | **备注** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**选择配置清单**

**★重要说明：**

**1、未列入选配清单的部件，全部视为标配提供！**

**2、如项目无选配件，则本表中填写“无”后盖章提交！**

**3、易损件或需要定期更换的请备注“易损”**

|  |  |
| --- | --- |
| 公司全称（加盖公章） |  |
| 设备名称 |  | 规型号格 |  |
| 填表日期 |  年 月 日 |
| **序号** | **名称** | **规格** | **数量** | **单价** | **备注** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |