**重庆市第七人民医院**

**一批医疗设备采购需求调查公告**

重庆市第七人民医院拟对以下医疗设备采购开展需求调查工作，欢迎具有合格资质且有良好信誉和售后服务能力的供应商积极报送资料。资料收集用于采购前参考。

一、采购需求明细

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 需求设备名称 | 数量 | 单位 | 预算单价（万元） | 预算总价（万元） |
| 1 | 麻醉机+监护仪 | 2 | 套 | 40 | 80 |
| 2 | 脉动真空灭菌器 | 1 | 台 | 32 | 32 |
| 3 | 过氧化氢等离子灭菌器 | 1 | 台 | 32 | 32 |
| 4 | 口腔科综合治疗椅 | 5 | 台 | 9 | 45 |
| 5 | 小儿肺功能测试系统 | 1 | 套 | 58 | 58 |

二、需求调查方式：问卷调查

三、需求调查对象：设备制造商或区域经销商

四、报送要求

**1.报送材料清单：**

（1）《医疗设备采购调查表》；（见附件）

（2）产品简介；

（3）产品资质（包括《医疗器械注册证》关键页复印件、《医疗器械注册检验报告》关键页复印件、国际认证等）；

（4）设备制造商和区域经销商资质及简介、授权书；

（5）产品报价单、设备制造商和区域经销商联系人名称、联系电话；

（6）产品配置清单、技术参数；

（7）产品安装场地等要求；

（8）市场同类同档次产品的性能对比表；

（9）该设备在重庆近3年成交情况、相应配置及证明文件（注明医院名称、联系人和联系方式、中标通知书或合同等）；

（10）设备使用涉及耗材的，需附耗材相关材料及报价；

（11）售后服务承诺书（格式自拟）；

2.报送方式：

（1）**以上材料纸质件加盖供应商公章**

时间：2023年8月每周二、四下午14:30-17:30

地点：重庆市第七人民医院设备科

联系人：孙老师 023-62580003

（2）并在规定时间内将《医疗设备采购调查表》（WORD可编辑版）发至指定邮箱（785385724@qq.com），邮件名称为“**设备名称采购调查表-报送单位名**”。

**3.其他要求：**

一个供应商如供应多种设备，需每个设备填写一份《调查表》并附一套材料文件。

五、其他说明

本次公开的采购需求是采购工作的初步安排，具体采购项目情况以相关采购公告和采购文件为准。资料收集仅用于采购前参考，递交问卷调查表应当写明供应商名称、联系人及联系电话并加盖单位印章。采购人是否采纳均不影响供应商参与本项目后续采购活动，对供应商所提出的意见建议不作书面回复。

重庆市第七人民医院

2023年8月10日

附件：

重庆市第七人民医院医疗设备采购调查表

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 设备名称（注册证名称） | 品牌、型号 | 设备特点及优势 | 报价 | 售后（质保期，重庆有无办事处，位置） | 重庆用户名单 |
|  |  |  |  |  |  |