重庆市第七人民医院

医用气体项目阳光推介会邀请函

编号：CQ7Y-2025-ZW05

日期：2025年9月1日

致潜在供应商：

 为科学遴选医用气体服务供应商，我院拟召开“重庆市第七人民医院医用气体项目阳光推介会”。诚邀潜在供应商参与，共同推进公开透明的采购合作。

**一、会议基本信息**

会议主题：医用气体项目需求阳光推介会

时间：2025年9月10日（周三）9：00-11：00

地点：重庆市第七人民医院行政楼（10号楼）3楼会议室（地址：重庆市巴南区李家沱工联一村1号）

形式：线下会议

**二、会议内容**

**（一）医院对于此项目需求说明**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 设备名称 | 规格 | 数量 | 备注 |
| 1 | 医用低温液氧储槽 | CFL-5m3/0.8Mpa | 2台 |  |
| 2 | 双回路调压装置 | DN25，0.4Mpa | 2套 |  |
| 3 | 医用液氧汽化器 | QQ-100m3 | 2台 |  |
| 4 | 站内管道及附件 | DN10、DN25 | 2套 |  |
| 5 | 1\*10瓶汇流排 |  | 2套 |  |

1.现有设备

2

2.所需气体（三年）报价表

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 产品名称 | 规格 | 数量 | 备注 | 报价（元/立方，元/瓶） |
| 1 | 医用液氧 | 医用液氧纯度≥99.5% | 1420立方 | / |  |
| 2 | 瓶装氧 | 40L | 600瓶 | 瓶装 |  |
| 3 | 瓶装氧 | 10L | 300瓶 | 瓶装 |  |
| 4 | 医用液氧杜瓦瓶 | 195L | 600瓶 | 瓶装 |  |
| 5 | 二氧化碳 | 40L | 130瓶 | 瓶装 |  |
| 6 | 一氧化二氮 | 40L | 10瓶 | 瓶装 |  |
| 7 | 液氮 | 30L | 12瓶 | 瓶装 |  |
| 8 | 高纯氩气 | 40L | 3瓶 | 瓶装 |  |
| 9 | 高纯氮气 | 40L | 6瓶 | 瓶装 |  |
| 10 | 乙炔 | 2.5Kg | 3瓶 | 瓶装 |  |
| 11 | 笑气 | 40L | 30瓶 | 瓶装 |  |
| 12 | 混合气体 | 40L | 10瓶 | 瓶装 |  |

## 所需服务

1. 服务期3年，合同总金额390万元，据实结算。
2. 成交供应商负责液氧运输、灌装中的安全责任，整个液氧站系统全流程的安全由供应商负责，如发生安全事故，一切经济、法律责任由成交供应商自行承担。
3. 成交供应商负责液氧站日常的维护；常用零件的更换；设备刷漆，负责安全阀（一年一检）、压力表（半年一检）的定期校验、送检等（液氧站安全阀和压力表年检费用由供应商负责支付）。供应商的售后人员每周不低于一次安全巡查及隐患排查，完成排查记录；所产生的一切费用均由成交供应商自行承担。
4. 供应商负责每月定期对医院相关人员的安全培训；供应商联合医院相关人员每年度进行不少于一次的应急演练；
5. 液氧站专用工具及应急物资由供应商负责；
6. 当发生特殊情况，例如，疫情、群体事件等病人激增的情况，必须按照医院当时的用氧情况进行保障性供应。要求响应时间为30分钟，2小时之内液氧槽车到达院方液氧站紧急供货。

##  4.医院道路陡窄，供应商应自行到院内踏勘，确保送氧槽车能够顺利通行。

## 5.供应商应当具有此项目所需的医用氧气经营、运输、药品注册及厂家授权等必备资质。

**（二）供应商现场展示**（每位供应商限时10分钟）：制作PPT，包括但不限于公司实力（公司介绍可尽量缩短）、针对本项目服务方案、管理方案、应急方案等、我院所需气体报价表、既往服务业绩（近三年）等内容。**供应商可准备5份简易的推介书现场发放，推介书包括但不限于上述内容。**

专家提问：院方参与阳光推介会人员现场提问。

1. **报名方式**

1.制作现场展示ppt；填写《参会回执》（附件1），明确参会人员、联系方式及展示需求。

2.现场核验供应商资质文件：《营业执照》、近三年同等规模企业及单位服务合同（至少2份，复印件加盖公章）。

3.将《参会回执》及现场展示PPT于2025年9月9日12：00前发送至邮箱1367134201@qq.com。

4.报名截止：2025年9月9日12：00（逾期不予受理）。

联系人：王老师（总务科），电话：62859574

五、特别声明

会议性质：本次会议为市场调研，不构成任何采购承诺，后续采购以官方公告为准。

合规要求：禁止私下接触医院工作人员，违者取消参与资格。

期待您的参与，共筑阳光采购！

附件：

1. 《医用气体项目阳光推介会参会回执表》

附件1

重庆市第七人民医院

医用气体项目阳光推介会参会回执表

|  |
| --- |
| 参会单位名称： |
| 参会人姓名 |  | 职务 |  | 联系电话： |  |
| 特殊要求 |  |