|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 巫溪县中医院医疗设备采购需求调查表 | | | |
| 1.报送时间：2024年4月30日-5月8日14：00。  2.报送方式：[在规定时限内填写《调查表》并按表后要求将产品相关材料发至指定邮箱（1499399887@qq.com），邮件名称为“设备序号-设备名称-报送单位名称”。设备序号以“采购需求明细”表中的序号为准。](mailto:在规定时限内填写《调查表》并按表后要求将产品相关材料发至指定邮箱（caiyy@cqiic.com），邮件名称为)  3.联系人：陈芳 13452672178 | | | |
| 设备名称 （注册证名称） |  | 对应需求明细表序号 | 2- |
| 注册证号 |  | 设备品牌 |  |
| 设备型号 |  | 产地 |  |
| 同类产品 （列举品牌） |  | | |
| 制造商/经销商名称 |  | 单位规模 | （大 / 中 / 小微）企业 |
| 联 系 人 |  | 联系电话 |  |
| 单位地址 |  | 邮 箱 |  |
| 本次承诺报价  （单价） | （万元） | | |
| 本次承诺报价  （总价） | （万元） | | |
| 承诺交付期 | （月） | | |
| 承诺质保期 | （年） | | |
| 设备主要技术参数 （\*至少不少于三家生产厂家所生产的产品能够满足） |  | | |
| 其他技术参数 |  | | |
| 可能涉及的运行维护、升级更新、备品备件、耗材等后续服务情况 |  | | |
| 产品对房屋、水电条件特殊要求情况 |  | | |
| 产品对排污、放射有特殊要求情况 |  | | |
| 产品对零配件、消耗品来源有特殊要求情况 |  | | |
| 备用机 | 有 / 无 | | |
| 开机率保证 | （%） | | |
| 质保巡检次数 | （次/年） | | |
| 补充服务承诺 （包括但不限于售后服务、设备维保服务、设备更新升级、提供备品备件、专用耗材等） |  | | |
| 3年内最低 中标单价 | （万元） | | |
| 其他需要注明的事项以及对此次采购的意见与建议 |  | | |
| **注：请报送单位随此表附以下材料:** 1、产品简介； 2、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）； 3、设备制造商和区域经销商资质及简介、授权书； 4、配置清单； 5、产品技术参数； 6、产品安装场地等要求； 7、市场同类同档次产品的性能对比表； 8、该设备在二甲及以上医院近3年内用户采购情况、相应配置及证明文件（注明医院名称、联系人和联系方式、官网截图证明、中标通知书或合同等）； 9、设备使用涉及耗材的，需附耗材相关材料及报价； 10、售后服务承诺书（格式自拟）； 11、调研材料真实性及购销廉洁声明（格式自拟）。 | | | |