**苏北人民医院医疗设备需求调研材料目录**

欢迎生产企业、经营企业以及潜在供应商提交产品资料。有意向者必须提供符合我院要求的调研文件（**纸质文件两份，PDF文件一份**），并**保证所提供的各种材料真实、有效、齐全，承担相应的法律责任。请按下列顺序装订**：

1. 封面：产品名称、品牌型号、注册证号、有无专机专用耗材/试剂、公司名称、联系人姓名及联系方式等信息。
2. 提供设备生产厂家对投标产品的设计使用范围、期限等信息（如说明书、注册证、铭牌等）复印件或照片，并提供设备使用超出范围后使用可能存在潜在临床风险及法规问题，说明文件并加盖原厂及投标公司公章。
3. 设备需求调研表，内容包含：产品名称、品牌型号、技术参数、配置清单、产地、报价（人民币或美元，含货至我院指定地点的运输、保险、安装等所有费用）。
4. 生产厂家和代理公司资质及简介。
5. 生产厂家授权书、经销人员身份证复印件。
6. 其他医院（以三甲医院为主）中标通知书或合同及相应配置（如我院一年内采购过，提供我院采购合同和相应配置）。
7. 用户名单、采购时间及联系人。
8. 宣传彩页（纸质版需要提供印刷版，打印和复印版无效；pdf版需扫描彩页）。
9. 如涉及专机专用耗材/试剂，请提供江苏省阳光采购平台的中标编码或相应ID号。

法定代表人参加调研，须提供本人身份证复印件(原件备查)；若授权代表参加，须提供《法人授权书》原件、被授权人身份证复印件(原件备查)

1. 上述材料正本必须加盖投标公司的公章，复印公章无效。

请将上述所有文件每页加盖投标公司公章后，扫描制作成一份pdf文件，以设备名称+公司名称命名，分别发送至下述联系人邮箱，一份纸质版材料交至苏北人民医院18号楼517招标采购中心，一份纸质版材料交至苏北人民医院18号楼501医学工程部。

**投标公司需严格按照本清单内容递交材料，否则视为自动弃权！**

联系人：

丁蔚 邮箱：281539228@qq.com 电话：15051061561

杜梦楠 邮箱：370995168@qq.com 电话：18051061562

.易损配件（不够可另附页）

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 品名 | 型号规格 | 生产商 | 单位 | 报价 | 供应价 | 是否有其它品牌替代？ | 预计更换周期 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

.相关试剂/耗材（不够可另附页）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 品名 | 型号规格 | 生产商 | 单位 | 报价 | 供应价 | 可否单独收费？（收费代码） | 是否开放？有无其它品牌替代？ | 耗材消毒后是否可以重复使用？（周期） |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |