**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（**纸质文件五份**），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. 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)。
3. 设备采购需求调研表，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）、易损配件等，并提供相应的佐证材料：采购合同（无遮挡，有完整配置清单），三甲医院用户名单、采购时间及联系人等。
4. 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。
5. 生产厂家和代理公司资质及简介。
6. 生产厂家授权书、经销人员身份证复印件。
7. 宣传彩页。
8. 上述材料正本必须加盖公司公章后，扫描制作成一份pdf文件，以产品名称+公司+品牌命名，发送至下述相应联系人邮箱。

联系人邮箱：xingchhy@163.com 报名截止时间：2024年08月14日17:30

设备采购需求调研表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **设备名称** | **数量****（台/套）** | **总预算****（万元）** | **推荐品牌型号** | **苏北医院****历史成交价**（如有填写最近一次，如无则不填） | **省内代表性医院（苏南苏中苏北三甲医院）采购情况** | **报价****（万元）** | **备注****(**技术参数、配置清单、产地等，另附页**)** |
| **医院名称** | **中标价****（万元）** |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |
|  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |
|  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |
|  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |
|  |  |

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 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |