**如东县人民医院医学装备院内调研公告**

**有关供应商：**

我单位拟调研超声医学科彩色多普勒超声维修维保项目、影像科QCT骨密度检测项目、急诊科抢救床项目，欢迎符合要求的供应商报名参加。

1. **调研项目：**

**项目1：彩超维保1**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **品牌型号** | **所配探头型号及序列号** | **质保期** |
| 1 | GE LOGIQ E9 | ML6-15（SN:325870YP4） | 三年 |
| 9L-D（SN:203434WP6） |
| C1-5-D（SN:54908YP9） |
| 2 | GE VOLUSON E10 | 11L-D（SN:242630WP2） |
| RM6C（SN:264522KR4） |
| RIC5-9-D（SN:264744KR4） |
| C1-6-D（SN:354169YP5） |
| 3 | GE LOGIQ F6 | 4CRS（SN:369270WX4） |
| L6-12RS（428687WX8） |
| 4 | 飞利浦EPIQ5 | C5-1（SN:B31CH3） |
| L12-5（SN:B20PBP） |
| C10-3V（SN:B1P7LQ） |
| 5 | GE VIVID E9 | M5S-D(SN:000011452)4C-D(SN:324650WX1)9L-D(SN:144616WP0)6S-D(SN:194120PD2) | 一年 |

**项目2：彩超维保2**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **品牌型号** | **所配探头型号及序列号** | **质保期** |
| 1 | 飞利浦EPIQ5 | C5-1（SN:F010H9） | 三年 |
| EL18-4（SN:F017VG） |
| S5-1（SN:F00T6M） |
| 2 | 百胜 MYLAB7 | AC2541（SN:21400595A） |
| SL1543（SN:3607） |
| SE3123（279） |

**项目3：彩超维保3**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **品牌型号** | **所配探头型号及序列号** | **质保期** |
| 1 | GE LOGIQ P9 | C1-5-RS（SN:950381WX4） | 三年 |
| L3-12-RS（SN:935354WX1） |
| E8C-RS（SN:937614WX6） |
| 2 | MINDRAY RESONA I9S | V11-3HS（SN:HP8K24038741） |
| SC6-1S（SN:JK9U24045534） |
| SP5-1S（SN:HX5U24067221） |
| L14-3WS（SN:KJ6U24006683） |
| 3 | 飞利浦CV650 | C5-2(SN:B1MP85)L12-4(SN:B1FWF8)C9-4V(SN:B2C3D0) | 一年 |

**项目4：QCT骨密度检测系统**

**项目5：急诊科抢救床**

1. **项目要求**
2. 项目1-3为超声医学科彩超维保项目，维保期为1-3年。维保方需具备相关品牌设备维修资质授权认可。
3. 项目4接受国产和进口产品的调研。
4. 项目5设备需同时具备头侧和足侧抬高功能，可放置监护仪、氧气瓶等抢救设备，需具备一键抢救体位设置功能。

**三、供应商资格要求（同时满足以下各项要求）**

（1）供应商必须是中国境内注册的独立法人，具有独立承担民事责任的能力，具有履行调研项目所必需的设备和专业技术能力，能够提供调研项目的安装、培训、售后服务；

（2）供应商经营范围须包含调研项目的生产或销售；

（3）供应商必须是调研项目的生产厂商或合法代理商；

（4）符合《中华人民共和国政府采购法》第22条规定。

**四、报名材料（所有材料都需加盖单位红章）**

（1）企业法人营业执照、经营许可证等、法定代表人授权书（原件）及被授权人身份证（复印件）；

（2）制造厂商授权代理商/经销商的销售证明书（原件，授权不少于一年）；

（3）医疗器械生产许可证、医疗器械经营许可证、医疗器械注册证、医疗器械登记表等及其他国家规定应具备的许可证复印件；

（4）提供江苏省、上海市范围内三级医院的装机（维保）用户名单（必须包含装机型号、装机时间、联系电话，提供中标单位发票复印件）；

（5）参加院内调研项目的性能、特点、原厂详细配置参数（技术白皮书）、彩页以及日常使用所需的耗材、试剂清单；

（6）未被“信用中国”网站列入失信被执行人、重大税收违法案件当事人名单、政府采购严重失信行为记录名单（提供查询结果）；

（7）投标人参加本次采购活动近三年内无违法记录的书面声明。

**五、报名方式**

（1）报名文件：有意向参与调研的供应商需填写报名登记表（见附件二），同报名材料同时送至我院，未同时提交报名登记表及报名材料的视为无效报名，不可参与调研；

（2）报名截止时间：2023年10月26日17:00（法定节假日及公休日除外）；

（3）报名文件接收地点： 如东县人民医院医学装备科，

如东县人民医院招标与采购办公室；

（4）报名联系电话：0513-84118717；0513-84118336

（5）调研时间：另行通知。

**附件二：**

**医学装备院内调研报名表**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 项目名称 |  | 注册证号 |  |
| 产地品牌 |  | 规格型号 |  |
| 装机量（台） | 国内 省内 | 市场价 |  |
| 主要性能参数： |
| 主要配置及附件： |
| 耗材、易损件清单： |

供货商：

企业法人声明：本人承诺所供资料完整真实有效并愿意承担相应责任！

企业法人签字盖章：

销售代表姓名： 电话： 邮箱：

日期：