**重庆市第七人民医院**

**肿瘤科两台设备采购需求调查公告**

重庆市第七人民医院拟对以下医疗设备采购开展需求调查工作，欢迎具有合格资质且有良好信誉和售后服务能力的供应商积极报送资料。资料收集用于采购前参考。

一、采购需求明细

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 需求设备名称 | 数量 | 单位 | 预算价（万元） |
| 1 | 体腔热灌注治疗机 | 1 | 台 | 48 |
| 2 | 毫米波治疗仪 | 1 | 台 | 168 |

二、需求调查对象：设备制造商或区域经销商

三、报送要求

1.报送材料清单：

（1）《医疗设备采购调查表》；（见附件1）

（2）产品优势简介；

（3）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）；

（4）设备制造商和区域经销商资质及简介、授权书；

（5）产品报价单（格式见附件2）、设备制造商和区域经销商联系人名称、联系电话；

（6）产品配置清单；

（7）产品安装场地等要求；

（8）该设备在重庆近3年成交情况、相应配置及证明文件（注明医院名称、联系人和联系方式、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）；

2.报送方式：

请各供应商将以上材料做成PPT发至指定邮箱（785385724@qq.com），邮件命名方式为“**设备名称（xx品牌）报名资料**”。

联系人：孙老师 023-62580003

四、其他说明

本次公开的采购需求是采购工作的初步安排，具体采购项目情况以相关采购公告和采购文件为准，资料收集仅用于采购前参考。采购人是否采纳均不影响供应商参与本项目后续采购活动，对供应商所提出的意见建议不作书面回复。

 重庆市第七人民医院

 2024年4月2日

附件1：

**重庆市第七人民医院医疗设备采购调查表**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 设备名称（注册证名称） | 品牌、型号 | 设备特点及优势 | 售后（质保期，重庆有无办事处，位置） | 重庆用户名单 |
|  |  |  |  |  |

附件2：

**重庆市第七人民医院 产品报价单**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 名称 | 品牌、规格型号 | 制造商 | 数量 | 单价/元 | 合计/元 | 质保期 |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 | …… |  |  | / |  |  |  |
|  | 总计 |  |

 联系人： 联系电话：

 年 月 日