

关于医疗设备院内调研二次通知的公告

(编号 : 20240315)

根据我院业务发展需求, 拟采购如下设备, 现进行市场调研, 欢迎符合条件的单位报名:

一、项目内容:

序号	设备名称	数量	申请科室
1	超声骨密度仪	1 台	健康管理中心 (南院)
2	自体血回输机	1 台	麻醉科 (南院)
3	全自动电脑验光仪	1 台	眼科
4	射频治疗仪	1 台	皮肤科
5	气压喷液仪	1 台	皮肤科
6	皮肤检测仪	1 台	烧伤整形外科
7	脱毛激光治疗仪	1 台	烧伤整形外科

二、资质要求:

1. 参与单位须是在中华人民共和国境内注册的具有合法经营资格的国内独立法人。

2. 参与单位必须是所投本项目产品的制造商、代理商或经销商。如非制造商，需提供所投项目产品的代理商或经销商的正式授权书，授权书必须打印，不得手写。

3. 如为医疗器械产品，参与单位必须具有：医疗器械生产企业许可证或医疗器械经营企业许可证。

4. 报名产品必须具有国家食品药品监督管理局颁发的有效的《中华人民共和国医疗器械注册证》（注册证须含附件：《医疗器械产品注册登记表》或《医疗器械产品生产制造认可表》）。

三、报名所需资料：

1. 如为医疗器械产品需《中华人民共和国医疗器械注册证》完整复印件（注册证须含附件：《医疗器械产品注册登记表》或《医疗器械产品生产制造认可表》）或软件产品相应资质材料。

2. 参与单位全称、联系人、通信地址、电话号码

3. 推荐产品生产企业情况及推荐产品型号

4. 产品配置清单和产品技术参数

5. 如有耗材，注明耗材使用情况及价格

6. 同类产品比较，注明优缺点

7. 产品报价单

8. 产品售后服务承诺书

9. 产品用户清单

10. 制造商产品销售授权书(授权书提供原件)

11. 逐级经销商《营业执照》复印件及授权书(授权书提供原件)

12. 国产产品需提供制造商《医疗器械生产企业许可证》复印件

13. 逐级经销商《医疗器械经营企业许可证复印件》

14. 法定代表人证明书和授权委托书（若是委托代理人参加报名则须同时提供法定代表人身份证复印件或扫描件及亲笔签名的委托书原件、被授权人身份证复印件或扫描件、被授权人近三个月社保缴纳凭证）

15. 产品周边医院近期成交价（若有必须提供合同复印件）

上述报名资料必须提供复印件或扫描件加盖公章。

备注：1-14 项为报名材料必备条件，任何项不得缺少。

四、报名截止时间及地点

提交产品材料及报名截止时间：2024 年 3 月 22 日下午 5 点前。请符合条件的供应商将推荐产品相关的报名材料及附件 1 加盖红章，在报名截止时间前将纸质版材料送到医院设备科。

院内产品调研会时间：根据项目调研进度另行通知。

报名地点：常州市武进人民医院设备科

联系人：张老师

联系方式：0519-88587049

附件 1

报名材料清单一览表

具体内容	1.如为医疗器械产品需《中华人民共和国医疗器械注册证》完整复印件	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 无
	2.参与单位全称、联系人、通信地址、电话号码	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 无
	3.推荐产品生产企业情况及推荐产品型号	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 无
	4.产品配置清单和产品技术参数	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 无
	5.如有耗材，注明耗材使用情况及价格	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 无
	6.同类产品比较，注明优缺点	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 无
	7.产品报价单	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 无
	8.产品售后服务承诺书	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 无
	9.产品用户清单	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 无
	10.制造商产品销售授权书(授权书提供原件)	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 无
	11.逐级经销商《营业执照》复印件及授权书(授权书提供原件)	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 无
	12.国产产品需提供制造商《医疗器械生产企业许可证》复印件	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 无
	13.逐级经销商《医疗器械经营企业许可证复印件》	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 无
	14.法定代表人证明书和授权委托书(若是委托代理人参加报名则须同时提供法定代表人身份证复印件或扫描件及亲笔签名的委托书原件、被授权人身份证复印件或扫描件、被授权人近三个月社保缴纳凭证)	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 无
	15.产品周边医院近期成交价(若有必须提供合同复印件)	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 无
供应商公司名称:		签名:	
日期:		联系方式:	