**关于杭州市西湖区三墩镇社区卫生服务中心2025年**

**口腔CT采购前现场调研公告**

中心目前计划采购一款性价比，功能实用的口腔CT，为进一步规范我单位招标采购工作，，特邀请符合要求的供应商报名参加。

1. 设备具体要求：

口腔CT：1台，预算总价75万元；

二、报名资格要求

1、在中华人民共和国境内注册，具有独立法人资格；

2、未被“信用中国”（www.creditchina.gov.cn)、中国政府采购网（www.ccgp.gov.cn）列入失信被执行人、重大税收违法案件当事人名单、政府采购严重违法失信行为记录名单；

三、报名时间及方式：

1、报名时间：即日起至2025年7月16日17：00分（北京时间）。

2、报名方式：报名人须将单位介绍信或授权委托书加盖公章、有效的营业执照副本（或法人证书）复印件加盖公章、相关资质证书复印件（加盖公章）、报名表（详见公告附件1，2，3）以上资料扫描件发送至sdzsqwsfwzx@126.com邮箱报名、审核。

四、报名文件递交截止时间：2025年7月16日17时00分（北京时间）。

五、报名文件递交地点：杭州市西湖区三墩镇社区卫生服务中心，纸质文件（装订好，准备8份）调研时间现场递交。

1、调研时间：2025年7月17日10时00分（北京时间）。

2、调研地点：杭州市西湖区三墩镇社区卫生服务中心7楼小会议室。

六、联系方式：

调研单位：杭州市西湖区三墩镇社区卫生服务中心。

地 址：杭州市西湖区三墩镇墩祥街398号。

联系人：宋医生 电 话：0571-86952900

附件1

**医疗设备市场调研**

**产品资料书**

**（正本/副本）**

**设备名称：**

**生产厂家：**

**联系人：**

**联系电话：**

**日期： 年 月 日**

附件2：市场调研报名资料清单

1. 设备调研表（参考附件3）

2. 设备注册证

3. 生产厂家资质：至少包括营业执照、医疗器械经营许可证或《医疗器械经营备案凭证》、医疗器械生产许可证或《医疗器械生产备案凭证》

4. 授权书：生产厂家授权书，销售人员授权书及身份证复印件（需法人签名并加盖公章）

5. 生产厂家售后服务承诺书（需加盖生产厂家公章）

6. 项目推荐书及产品彩页

7. 销售业绩清单（近三年内）：至少提供不少于三家医院合同（含配置清单）复印件或中标通知书复印件。

8. 设备需配套耗材的，若为专机专用请提供（a-e），若开放耗材或试剂请提供（a-b）

a. 耗材报价表（包括：名称、规格/型号、厂家、注册证及其有效期、市场报价及优惠价）

b. 耗材注册证

c．设备的说明书

d. 专机专用承诺函

e. 若相关耗材已在浙江省药交平台注册，需提供药交ID、联盟价或三家同等级医院供货发票复印件（附发票真伪验证）；若相关耗材或试剂未在浙江省药交平台注册，需提供相关说明（说明未注册原因）和三家同等级医院供货发票复印件（附发票真伪验证）；

9. 设备无需配套耗材，提供厂家承诺函。

附件3：市场调研表

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 设备名称 |  | 设备型号 | |  |
| 注册证号 |  | 注册证有效期 | |  |
| 市场报价（元） |  | 优惠价（元） | |  |
| 保修年限 | 备注：不低于三年 | | | |
| 生产厂家 |  | | | |
| 厂家代表 |  | | | |
| 联系电话 |  | | | |
| 市场资源分布 |  | | | |
| 安装条件 |  | | | |
| 交货周期 |  | | | |
| 质量标准 |  | | | |
| 主要技术参数 |  | | | |
| 配置清单 |  | | | |
| 同类项目历史采购情况（可以提供附件） | 医院名称 | | 成交价 | |
| 1. | |  | |
| 2. | |  | |
| 3. | |  | |
| 耗材名称 |  | 单价（元） |  | |
| 销售商现场确认（现场填写） | 最终报价： | | | |
| 配置清单及保修时间： | | | |