**西宁市城东区乐家湾镇卫生院**

**“优质服务基层行”医疗服务能力提升项目**

**（磁振热治疗仪）**

**采购需求调查资料**

|  |  |
| --- | --- |
| **报送单位（盖章）：** |  |
| **联系人：** |  |
| **联系电话：** |  |
| **联系邮箱：** |  |

**注：**

**1、请各供应商仔细阅读《采购需求调查公告》，并根据自身实际情况填写。所有填写资料将为采购人提供决策参考，切勿填写虚假信息。**

**2、本文件共9部分，所有内容均需填写。**

**3、反馈资料为一份word版和1份盖章扫描版。**

1. **基础信息表**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **基本信息** | / | / | / | / |
| 序号 | / | / | / | / |
| 1 | 设备序号 |  | / | / |
| 2 | 设备品牌 |  | / | / |
| 3 | 设备型号 |  | / | / |
| 4 | 报价（单价）（万元） |  | / | / |
| 5 | 报价（总价）（万元） |  | / | / |
| 6 | 质保期满后维保费比例/年（不高于产品成交价5%/年） |  | / | / |
| 7 | 质保期（≥1年） |  | / | / |
| 8 | 供货期 |  | / | / |
| 9 | 安装调试时间 |  | / | / |
| 10 | 是否进口产品 |  | / | / |
| 11 | 是否本品牌最新产品（若不是，请列出最新产品型号） |  | / | / |
| 12 | 产地 |  | / | / |
| 13 | 设备名称（注册证名称） |  | / | / |
| 14 | 注册证号 |  | / | / |
| 15 | 所投产品属于几类医疗器械 |  | / | / |
| 16 | 制造商名称 |  | / | / |
| 17 | 制造商是否属于残疾人福利性单位 |  | / | / |
| 18 | 制造商是否属于监狱企业 |  | / | / |
| 19 | 所投产品是否属于节能产品 |  | / | / |
| 20 | 所投产品是否属于环境标志产品 |  | / | / |
| 21 | 采购标的对应的中小企业划分标准所属行业 | 工业。从业人员1000人以下或营业收入40000万元以下的为中小微型企业。其中，从业人员300人及以上，且营业收入2000万元及以上的为中型企业；从业人员20人及以上，且营业收入300万元及以上的为小型企业；从业人员20人以下或营业收入300万元以下的为微型企业。 | / | / |
| 22 | 制造商企业规模（大/中/小/微） | 型企业 | / | / |
| 23 | 经销商名称 |  | / | / |
| 24 | 联 系 人 |  | / | / |
| 25 | 联系电话 |  | / | / |
| 26 | 邮 箱 |  | / | / |
| 27 | 联系地址 |  | / | / |
| 28 | 同型号设备历史成交情况（列举不超过3个） | ①项目名称： ，中标时间： ，采购人： 中标金额： 质保期： ；②项目名称： ，中标时间： ，采购人： 中标金额： 质保期： ；③项目名称： ，中标时间： ，采购人： 中标金额： 质保期： ； | / | / |
| 29 | 同类型同档次产品 | ①品牌1： ，型号1： ，市场价： ；②品牌2： ，型号2： ，市场价： ；③品牌3： ，型号3： ，市场价： ； | / | / |
| 30 | 其他需要注明的事项以及对此次采购的意见与建议 |  | / | / |
| 31 | 售后服务承诺书（格式自拟） |  | / | / |
| 32 | 调研材料真实性声明（格式自拟） |  | / | / |
| 33 | 购销廉洁声明（格式自拟） |  | / | / |
|  |  |  |  |  |

注：

1.本表即为对本设备所列条款进行比较和响应。

2.请各供应商根据本项目技术要求推荐设备。

 报送单位（盖章）：

时间：

1. **详细技术参数（word可编辑版，格式自拟，需提供最详细的技术参数）；公开发行的技术手册、说明书、彩页等技术资料**
2. **产品配置清单**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 配置名称 | 品牌 | 型号 | 数量 | 产地 | 备注 |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

1. **易损件与零配件报价表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 名称 | 品牌 | 规格型号 | 数量 | 报价 | 成交价 | 备注 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

1. **耗材报价表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 使用科室 | 产品名称（注册名） | 规格/型号 | 产品注册证号 | 产品注册证有效期 | 品牌 | 生产厂家 | 厂家委托代理有效期 | 计量单位 | 青海省药品和耗材一体化管理系统挂网价 | 医院原协议价 | 报价 | 成交价 | 是否专机专用 | 备注 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

1. **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）**
2. **设备制造商和区域经销商资质、授权书**
3. **同型号设备用户采购情况、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）**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 品牌 | 型号 | 数量 | 采购单位 | 采购单位联系人及联系电话 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

1. **产品核心技术、关键功能、与其他同类同档次产品比较**