**新昌县卫生健康局医疗设备采购项目(二）**

**询价比选公告**

新昌县卫生健康局就医疗设备采购项目（二）进行询价比选，现将有关事项公告如下：

1、项目概况（拟采购以下设备）：

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 设备名称 | 采购数量 | 预算单价 | 预算总价 | 相关要求 |
| 1 | 紫外线车灯 | 12 | 400 | 4800 | 符合相关医用标准，能在“医疗馆”下单，且要求挂网单价在2万元以下（2万以上无法下单），报名表中提供医疗馆下单链接 |
| 2 | 呼吸皮囊 | 4 | 300 | 1200 |
| 3 | 耳温枪 | 11 | 3200 | 35200 |
| 4 | 便携式全自动血压计 | 3 | 3500 | 10500 |
| 5 | 医用冰箱小（台式） | 7 | 5000 | 35000 |
| 6 | 医用冰箱大（立式） | 4 | 18000 | 72000 |
| 7 | 等离子空气消毒器 | 17 | 9000 | 153000 |
| 8 | 红外线治疗灯（TDP） | 16 | 800 | 12800 |
| 9 | 电针 | 3 | 1000 | 3000 |
| 10 | 心电监护仪 | 3 | 17000 | 51000 |
| 11 | 红外线治疗仪 | 3 | 5000 | 15000 |
| 12 | 抢救车 | 3 | 6000 | 18000 |
| 13 | 新生儿黄疸仪 | 1 | 9000 | 9000 |
| 14 | 雾化器 | 2 | 2800 | 5600 |
| 15 | 颈椎牵引仪 | 2 | 15000 | 30000 |
| 16 | 脉冲电疗仪 | 7 | 2000 | 14000 |
| 17 | 低频治疗仪 | 1 | 4000 | 4000 |
| 18 | 磁振热治疗仪 | 1 | 15000 | 15000 |
| 19 | 艾灸专用吸烟机 | 4 | 12000 | 48000 |
| 20 | 心电图机（十二联导） | 2 | 18000 | 36000 |
| 21 | 制氧机 | 2 | 4000 | 8000 |
| 22 | 观片灯 | 2 | 3000 | 6000 |

以上均含安装、调试、和售后服务等。

2、资格条件：

（1）必须符合《中华人民共和国政府采购法》第22条规定的要求；

（2）具有与本项目相适应的服务能力；

3、凡符合上述要求的供应商均可参加比选询价，在公告上下载调研报名资料表，并于2024年11月24日下午19:00时前将电子版报名表PDF及电子版发送至邮箱794349438@qq.com **（只需发送报名表，含参加比选设备名称和医疗馆下单链接，不要提供报价单等信息）。**

**本次设备采购为询价比选方式，报价一次为准（不再二次询价），原则上也无需供应商逐个介绍产品，直接由抽取的专家组根据综合情况推选（非最低价中选），请各供应商务必做好一次报价准备。**

4、调研资料

4.1.调研资料：报名表（按附件格式）、报价单（按附件格式）、产品核心技术参数、投标人认为需要提供的其他资料（均需加盖单位公章）。

4.2.参加供应商可以参加多种设备询价比选，参加多种设备的报价单分别填写，资料装订成一册即可。

4.3现场资料送达及现场比选时间：2024年11月29日上午9:30分。

4.4.现场需带9份（一正八副）调研资料至现场（密封盖公章）。

4.5现场比选地点：新昌县卫生健康局2楼监督所会议室（新昌县七星街道孝行路358号）

5、采购单位联系人

新昌县卫生健康局 张 电话0575-86023049

7、公告发布媒体：浙江省政府采购网

新昌县卫生健康局

2024年11月25日

**附件 1**

报名登记表

|  |  |
| --- | --- |
| 调研项目编号及产品 |  |
| 单位名称 |  |
| 报名日期 |  |
| 报名人员 |  |
| 手机号码 |  |
| 邮 箱 |  |
| 参加比选设备 | 医疗馆下单链接 |
| 填设备清单中序号+设备名称，如：“7+等离子空气消毒器” |  |
|  |  |
| 可插行 |  |
| 我单位同意按采购文件要求参加投标（报价）并提交资料。  投标人（供应商）代表签字（盖公章）： | |

附件2

**新昌县卫生健康局医疗设备采购项目（二）报价单**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 设备名称 |  | | | | | | |
| 规格型号 |  | | | | | | |
| 生产厂家 |  | | | | | | |
| 注册证号 |  | | | | | | |
| 最终报价 | 单价 元 采购数量 台/套 总价 元 | | | | | | |
| 质保年限 | 年 | | | | | | |
| 使用年限 | 年（提供清晰的设备铭牌截图或说明书截图） | | | | | | |
| 是否可以“医疗馆”交易 | □可以 □不可以 | | | | | | |
| 配置清单  及产地品牌 | **名称** | **型号** | | **产地品牌** | **数量** | | **单价** |
|  |  | |  |  | |  |
|  |  | |  |  | |  |
|  |  | |  |  | |  |
|  |  | |  |  | |  |
| 优惠措施 |  | | | | | | |
| 备品备件清单及价格 | 配件名称 | | 产地品牌 | | | 报价 | |
|  | |  | | |  | |
|  | |  | | |  | |
|  | |  | | |  | |
| 出保后维保价格 | 元/年 | | | | | | |
| 质保期内免费保养次数 | 次/年 | | | | | | |
| 是否提供软件免费升级服务 |  | | | | | | |
| 能否提供设备停产后≥10备件供应期 |  | | | | | | |
| 同型号装机用户（三年内） |  | | | | | | |
| 售后服务 | 办事处地址：  人员配置情况：  响应及维修时间：  其他： | | | | | | |

注：

1.以上报价包括设备、标准附件、专用工具、包装、运输、装卸、安装调试、培训、检测、验收、保修、税金、商检、保险、售后服务、备品备件、中标服务费等完成项目所需的全部费用。

单位名称（盖章）：

法定代表人或委托代理人（签字）：

日期： 年 月 日