### 关于开展义乌市中心医院医共体2023年度医学装备论证会的公告

各医学装备厂家、供应商：

根据义乌市卫健局《关于印发2023年度卫健系统医学装备配置计划的通知》文件要求，拟对义乌市中心医院医共体院区2023年度医学装备年度采购计划清单内部分设备组织产品论证会，请符合要求的供应商积极报名参加。具体事项公告如下：

一、论证时间：2023年09月08日13:00开始

二、论证地点：义乌市中心医院行政楼109采购招标中心

三、报名方式：将报名表和‘第五条’要求的论证资料（除报价单外）电子版发送至邮箱2219624183@qq.com

四、参加人员：

各医学装备生产厂家、供应商，限代表1名参加。

五、论证资料准备：

★1.参加供应商填报《医疗设备报价单》（需盖红章）、所投产品参数3份、配置清单3份；

2.提供生产厂家相关资质（营业执照、医疗器械注册证及附件、生产许可证）；

3.提供供应商相关资质（营业执照、医疗器械经营许可证、生产厂家对供应商的各级授权书）、法人代表授权委托书及身份证复印件；

4.产品宣传彩页纸质版。

《医疗设备报价单》及产品参数配置清单单独密封包装，其余资料提供一份，装订成册。

上述材料均需真实有效，参会材料内容如失实，参会者承担一切责任后果。

所有参会人员需扫描下方二维码进行访问预约（访问日期为9月7日，访问事由为设备论证）。

附件一、报名表

附件二、论证项目清单

附件三、报价单

 义乌市中心医院

 2023年08月30日

附件一：报名表

|  |
| --- |
| 医学装备产品推介会报名表 |
| 供应商全称（盖章） 联系人： 联系电话： |
| 序号 | 采购单位 | 设备名称 | 品牌型号 | 进口/国产 | 数量 | 封闭式耗材及主要配件名称 | 是否与预算档次相匹配 | 备注 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 备注：本表格每个产品一张贴在密封档案袋外面；同时提交本表汇总表的电子版给工作人员。序号按照附件1内的序号填写。 |

附件二：项目清单

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 项目名称 | 预算/万元 | 数量 | 配置需求 | 院区/科室 |
| 1 | 免疫发光分析仪 | 15 | 1 | 主机；工作站； 耗材报价；终身质保；接口费；一年一次校准务； | 后宅 |
| 2 | 激活全血凝固时间测试仪 | 14 | 1 | 主机、校准器、软件、质保三年； | 心内科 |
| 3 | 洁净内镜储存柜 | 10 | 2 | 柜体主机\*1；内镜托盘\*16；内镜连接管\*16； 质保三年 | 消化内镜中心 |
| 4 | 显微镜 | 10 | 3 | 每台配置：物镜2.5x、4x、10x、20x、40x各一；三目摇头镜桶；六孔物镜转换器；聚光镜；2000w高清摄像头\*1；质保三年；另增配：高清无线摄像头\*1； | 病理科 |

附件三：报价单

报价单

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 项目名称/序号 |  | 价格 |  |
| 品牌 |  | 型号 |  |
| 投标公司名称 |  | 联系人/联系方式 |  |
| 设备核心参数 |  |
| 设备主要配置 | 配置名称 | 数量 | 品牌型号 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 所需耗材/规格 |  |  |  |
| 单价 |  |  |  |
| 近期主要客户（省级、金华地区三级医院） |  |
| 备注（质保期） |  |
| 授权代表签字 |  | 日期 |  |