**关于开展义乌市中心医院医共体院区**

**2024年度医学装备年度采购计划推介会的公告**

**各医学装备厂家、供应商：**

根据要求拟对义乌市中心医院医共体院区2024年度医学装备年度采购计划清单内项目组织产品推介会。欢迎各供应商积极报名参加。具体事项公告如下：

一、报名要求：鼓励符合要求的医学装备生产厂家或代理商积极报名参加。

二、报名时间：2024年03月05日—03月15日**11：30时截止**（周末仅接收电子版）

三、 报名地点：义乌市中心医院设备科（江东中路 699 号，行政楼一楼113设备科办公室）

联系人：黄老师。 联系电话：13575970041

四、报名资料准备：

①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）；

②厂家授权代表授权书及身份证复印件；

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）；

④供应商委托人授权书及身份证复印件；

⑤产品宣传彩页纸质版及电子版；

★⑥产品在浙江省的使用单位名录，及近三年所投产品型号的成交合同（附配置清单）；

★⑦产品配置清单及详细参数，产品优势参数请在用星号标注；

⑧医学装备产品推介报名表。

以上资料请提供纸质版五份，分别装订成册。上述材料均需真实有效，报名的材料内容如失实，报名者承担一切责任后果。

1. 资料递交:请下载《医学装备产品推介会报名表》，认真填写加盖公章，同时 附带本表的电子版（请用 Word 文档）。所有项目单独报名，单独密封。若需邮寄，请将资料邮寄至 义乌市中心医院设备科黄程源，电子版发至邮件：438245064@qq.com。纸质资料截止接收日期03月15日 11：30。对表格栏目内容填写有疑问的，请及时电话咨询 13575970041。
2. 其他注意事项：每家报名厂家或代理商参与推介论证会人数应不超过2人，会场保持安静，不得喧哗。
3. 如有疑问的，请及时电话咨询 。

附件 1.《2024年度义乌市中心医院医共体院区医学装备第一批项目清单》

附件 2.《医学装备产品推介会报名表》

义乌市中心医院

2024年03月05日

**附件 1.《2024年度义乌市中心医院医共体医学装备第一批项目清单》**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **设备名称** | **单价/万元** | **采购数量** | **是否进口** | **预算总金额/万元** | **备注** |
| 1 | 3.OT MRI | 2300 | 1 | 是 | 2300 |  |
| 2 | 移动DR车 | 90 | 1 | 否 | 90 | 义亭院区 |
| 3 | 数字化X线摄影机 | 150 | 1 | 是 | 150 | 后宅院区 |
| 4 | DR | 80 | 1 | 均可 | 80 | 稠江院区 |

附件2：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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。 | | | | | | | | |