# 关于医院血管造影系统DSA (及附属配套设备)

# 采购意向的公告

经医院院长办公会讨论研究后，有意向了解以下医疗设备编号为**NASYY2019-06**，请合格供应商按附件中的“供应商推荐须知”到设备科递交推荐资料：

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **设备名称** | **产地** | **单位** | **数量** |
| **血管造影系统DSA（及附属配套设备）** | **进口** | **套** | **1** |

**附属配套设备说明**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **附属配套设备名称** | **产地** | **单位** | **数量** |
| **高压注射器** | **进口** | **台** | **1** |
| **微波治疗仪** | **国产** | **台** | **1** |
| **卒中中心整体解决方案** | **进口** | **套** | **1** |

**注：**请有意向的供应商自本公示发布起5个工作日内递交资料，递交资料一式两份，资料不全者，谢绝接待；产品介绍时间及地点另行通知；一旦所公示的医疗设备进入招标程序，请有意向参与投标的供应商直接与招标公司联系。

福建省南安市医院 设备科

2019年9月 9日

附件：

供应商推荐须知

为了使我们能够快速地了解产品，欢迎医疗设备供应商前来设备科递交推荐资料（资料上必须盖公章，以证明其真实性），递交资料一式两份，资料不全者，谢绝接收。具体事项与设备科(0595-86394148)和使用科室联系。

1、设备说明一览表（品牌、型号、成交价格、彩页资料、技术参数、标配和选配件的价格、同档次产品的比较分析表和供货范围清单等）；

2、供应商的技术及售后服务承诺书、培训方案等；

3、供应商推荐产品的医疗器械注册证（含注册登记表）复印件（货物名称规格型号应与许可证上规格型号一致）；

4、供应商法人营业执照副本复印件（需经工商管理部门的有效年检）及税务登记证复印件；

5、法人代表授权书原件和供应商代表身份证复印件，个人授权书，联系方式；

6、近3年客户名单及在用设备数量（必须是同型号设备），提供部分中标通知书或省内三甲医院合同/发票复印件，说明使用情况等；

7、如有配套耗材/配件等，需附详细清单、报价及权威机构检测的产品合格报告等相关资料；

8、如有一次性耗材，谈判时需提供产品样品。

南安市医院设备科