**南安市医院关于血管造影系统DSA附属配套设备采购意向的公告**

经医院研究决定，有意向了解以下医疗设备编号为ＮＡＳＹＹ2020-01，请符合条件的供应商按附件1中的“供应商推荐须知”于**2020年1月13日前**到南安市医院120大楼7楼设备科递交推荐资料　（周六不休）。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。

|  |
| --- |
| **血管造影系统ＤＳＡ附属配套设备** |
| **设备名称** | **产地** | **单位** | **数量** |
| **1** | 负压吸引器 | 国产 | 台 | 1  |
| **2** | 多导电生理仪 | 国产 | 套 | 1 |
| **3** | 除颤仪 | 进口 | 台 | 1 |
| **4** | 心电监护仪 | 国产 | 台 | 1 |
| **5** | ＡＣＴ机 | 进口 | 台 | 1 |
| **6** | 主动脉球囊反搏装置 | 进口 | 套 | 1 |
| **7** | 医学影像刻录系统 | 国产 | 套 | 1 |
| **8** | 卒中中心整体解决方案 | 进口 | 套 | 1 |
| **9** | 便携式彩超 | 进口 | 套 | 1 |

**注：**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。

                                                                                                     南安市医院设备科

                                                                                               2020年1月7日

附件1：

**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（资料上必须加盖供应商公章，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(0595-8394148)和使用科室联系。

1、设备报价一览表（含设备名称、规格型号、生产厂家（全称）、成交价格、保修年限、联系人及联系方式备注等）；

2、设备标准配置或供货清单；

3、设备选配件及价格（若无此项，请标注无）；

4、设备配套耗材名称及报价,并规范填写《南安市医院设备洽谈报名表》 (见附表1), 若无此项，请在《南安市医院设备洽谈报名表》标注无；

5、所推荐设备的生产厂家医疗器械生产许可证；

6、设备和配套耗材的医疗器械注册证（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）；

7、供应商法人营业执照复印件、医疗器械经营许可证等复印件；

8、供应商法人代表授权书原件、供应商法人及授权业务员代表身份证复印件；

9、设备技术参数、彩页资料；

10、同档次产品的比较分析表；

11、供应商的技术及售后服务承诺书、培训方案等；

12、所推荐设备的相同型号的福建省用户名单和中标通知书或合同／发票复印件（附分项报价表）。

13、推荐材料如为快递，只有收到本科室确认收到电话才算真正送达，截止日前未收到本科室确认收到电话者视为未送达。

附表1
                                                             **南安市医院设备洽谈报名表**

|  |  |
| --- | --- |
| 设备序号 | （网上公示的设备序号） |
| 经销公司 |   |
| 联系人 |   | 联系电话 |   |
| 设备名称 |   | 生产厂家 |   |
| 规格型号 |   | 注册证号 |   |
| 近二年中标情况 | 中标单位及价格 |   |
| 中标单位及价格 |  |
| 中标单位及价格 |   |
| 福建省收费目录 |   | 收费价格 |   |
| 配套耗材名称 | 耗材单价 | 是否单独收费 |
|   |   |   |
|   |   |   |
| 以上耗材是否开放/是否属于高值耗材 |   |   |
| 技术参数（可另附页）：             |

注：①表格填写完整后，编辑文件名称 设备名称+供应商名称后发至nasyysbk@126.com

    ②咨询电话：0595-86394148，联系人小卓。