**关于南安市医院医疗设备的采购意向公告**

医院研究决定，有意向了解以下医疗设备编号为ＮＡＳＹＹ2020-10，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12月5日17：30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。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **设备名称** | | **产地** | **单位** | **数量** |
| **1** | 核酸提取仪（半自动32孔） | 国产 | 台 | 2 |
| **2** | 核酸扩增仪（96孔） | 国产 | 台 | 2 |
| **3** | 高压蒸汽灭菌器（80L） | 国产 | 台 | 1 |

   南安市医院设备科

 2020年11月30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、报价应包含LIS、PACS系统端口连接费；

13、报价不得超过所提供的周边医疗单位中标价格；

13、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）。

14、推荐材料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。

**16、核酸扩增仪两台免费合配一个UPS不间断电源，核酸提取仪两台免费合配一个UPS不间断电源，按工作功率能工作2小时。**

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](mailto:发至nasyysbk@126.com)

   2咨询电话：0595-86394148，联系人小卓。

  3 监督电话：0595-86394170，联系人庄科长。