

关于南安市医院 2023 年新院区医疗设备院内询价公告

福建医科大学教育科技有限公司受南安市医院委托，根据《政府采购进口产品管理办法》《政府采购需求管理办法》等政府采购法律法规规章要求，拟对以下医疗设备进行采购前公开询价(详见附件 4)，有意愿参与的潜在供应商，根据以下要求提供方案并进行报价。

请符合条件的潜在供应商按“供应商推荐须知”相关内容，于 2023 年 2 月 7 日 17:00 前提交电子版《市场调研报名表》、《报名情况表》至福建医科大学教育科技有限公司（邮箱：fyzb2004@126.com）完成线上报名，并于 2023 年 2 月 8 日-9 日 17:00 前到福建医科大学教育科技有限公司（地址：福州市台江区西洋路 4 号 1 号楼 6 层）递交纸质推荐资料，以上所有材料需要加盖经销商或厂家的公章及骑缝章。（备注：未在规定时间内提交线上报名资料者（以福建医科大学教育科技有限公司邮箱 fyzb2004@126.com 收到时间为准）及迟到的纸质推荐资料或未按照院内询价公告要求递交的材料将被拒收。）

注：上述产品将严格按国家法律法规及流程，以公开招标的方式进行采购，具体以招标公告为准，中标产品不限于此次参与调研的产品，欢迎相关设备供应商或生产厂家直接报名参与本次院内询价。本次市场调研不另外召开产品介绍会，上述时间、地点如有变动，以单位届时通知



为准。

联系方式：0591-83569135

福建医科大学教育科技有限公司

2023年1月31日



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递交推荐资料（资料上必须加盖经销商或厂家的公章及骑缝章，以证明其真实性），递交资料一式五份。具体事项与福建医科大学教育科技有限公司高女士联系（0591-83569135）。

参加的潜在供应商需提供以下纸质文件（参与 N 个设备推荐，准备 N 份纸质文件）：

1. 《南安市医院 2023 年新院区医疗设备市场调研》报名资料封面（附件 1）、《市场调研报名表》（附件 2）、《材料真实性声明函》（附件 3）、《拟采购设备清单》（另附，详见附件 4）、《报名情况表》（另附，详见附件 5）。

2. 相关的资质证明材料：

（1）设备标准配置或供货清单；

（2）设备选配件及价格（若无此项，请标注无）；

（3）设备配套耗材名称及报价，并规范填写《市场调研报名表》（见附表 1），若无此项，请在《市场调研报名表》标注无；

（4）①经销商提供：营业执照复印件、医疗器械经营许可证复印件或备案凭证、生产厂家医疗器械生产许可证复印件、医疗器械注册证或备案凭证、附件（医疗器械注册登记表）复印件、所投产品是否为中小企业制造的声明函。

②生产厂家提供：营业执照复印件、医疗器械生产许可证复印件、医疗器械注册证或备案凭证、附件（医疗器械注册登记表）复印件、所投产品是否为中小企业制造的声明函。

（5）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）；

（6）潜在供应商法人代表授权书原件、供应商法人及授权代表身份证复印件；

（7）设备技术参数、彩页资料；

（8）同档次产品的比较分析表（最少 3 个品牌）；

（9）供应商的技术及售后服务承诺书、培训方案等；

（10）设备若需要联接医院网络，报价应包含医院内信息系统端口连接费；

(11) 报价不得超过所提供的周边医疗单位中标价格；

(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) 材料真实性声明函。

注：《市场调研报名表》（见附表 2）、《报名情况表》（附件 5）表格填写完整后，邮件名称以“分类+序号+设备名称+供应商名称+联系人联系电话”形式命名后发福建医科大学教育科技有限公司邮箱：fyzb2004@126.com。

3. 电子文档：电子文档一式二份包装密封，内容与纸质文档一致。全套纸质文件扫描后制作成电子文件（U 盘），其中《市场调研报名表》、《报名情况表》表格提供 EXCEL 格式文档（须可复制粘贴其中文字），技术参数提供 WORD 格式文档（须可复制粘贴其中文字）。储存介质要求为 U 盘，并用信封单独密封，电子文档勿与纸质文件密封在一起。

纸质文档：递交纸质推荐资料按单个设备分别装订成册，一式五份包装密封（参与 N 个设备推荐，准备 N 份纸质文件）。潜在供应商若提交多个设备的推荐资料，需按单个设备分别装订成册并密封提交，请勿多个设备形成一套递交材料。

其他推荐资料未按规定格式的由供应商自拟。

4. 咨询电话：0591-83569135，联系人：高女士。

5. 递交纸质推荐资料地址：福建省福州市台江区西洋路 4 号 1 号楼汉庭酒店六层福建医科大学教育科技有限公司前台。

附件 1

南安市医院 2023 年新院区医疗设备市场调研

分类：_____ 序号：_____

设备名称：_____

公司名称：

联系人姓名：

联系电话：

邮箱：

附表 2

市场调研报名表

分 类			
序 号			
设备名称			
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	
近三年中标情况	采购单位及价格		
	采购单位及价格		
	采购单位及价格		
福建省收费目录		收费价格	
设备选配件		选配件价格	有/无
			_____（有/无）
			_____（有/无）
配套耗材名称		耗材单价	是否单独收费
			_____（是/否）
			_____（是/否）
以上耗材是否开放/是否属于高值耗材	_____（是/否）		
技术参数（可另附页）：			

附件 3：材料真实性声明函格式

材料真实性声明函

致：_____

我公司郑重声明：本次参与_____项目医疗设备招标采购过程中所提交的所有材料和所附的佐证资料真实、合法、有效。如有不实之处，愿负相应的法律责任，并承担由此产生的一切后果。

特此声明。

公司名称：（全称并加盖单位公章）_____

授权代表人签字：_____

日期：_____年_____月_____日