**广州医科大学附属第四医院**

**彩超设备项目市场调研听证公告**

根据上级部门关于超声设备框架协议集采文件的要求，我院拟对以下分包进行市场调研，欢迎已入围对应分包的集采供应商报名，相关情况如下：

1. 项目内容及需求

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **包号** | **名称** | **数量** |
| **包10** | **全身型高端彩色多普勒超声诊断仪** | **1台** |

声明：本公告所述的功能及参数无任何针对性、倾向性和排他性，因市场了解的局限性，可能存在某些不足，仅作为我院市场调研参考所用。

1. 报名时间：2025年3月4日至2025年3月11日（工作时间8：00-17：00），向指定邮箱成功发送电子版报名材料至设备中心。
2. 供应商资质：彩超医疗设备框架协议采购项目（K4401012024000001）对应分包的供应商。
3. 报名方式：请供应商于截止时间前按附件“调研论证报名文件”材料要求提交电子扫描件（PDF文件、邮件主题命名规则：包号-名称-品牌型号-供应商全称，例：包10-全身型高端彩色多普勒超声诊断仪-品牌型号-供应商全称）发至邮箱gysysbzx@163.com。

报名材料要求见附件。

1. 联系方式

联系人：林老师、姚老师

联系电话：020-62287620、62287621

地 址：广州市增城区增江街光明东路1号8号办公楼3楼

附件：调研论证报名文件.docx

设备中心

2025.3.4

广州医科大学附属

第四医院

调研论证报名文件

项目编号：GYSYSBZXTZ202501

项目名称：**广州医科大学附属第四医院彩超设备调研听证项目**

报名设备产地、品牌：

报名设备型号：

厂家名称：

供应商名称：

联系人：

联系方式：

日期;202X年XX月XX日

目 录

一、产品报价情况一览表 XX页

二、设备配套医用耗材、试剂报价表 XX页

三、易损件情况 XX页

四、过保后配件、维修等费用说明 XX页

五、设备安装要求情况说明 XX页

六、配置清单 XX页

七、售后服务承诺书 XX页

八、产品技术参数 XX页

九、同档次同类产品各品牌的性能比较 XX页

十、营业执照（厂家、代理商） XX页

十一、医疗器械生产/经营许可（厂家、代理商） XX页

十二、产品授权证明内容（如非厂家需提交） XX页

十三、产品注册证/备案及彩页 XX页

十四、产品行业发展情况说明 XX页

十五、企业类型说明 XX页

十六、产品的其他医院成交合同或发票复印件 XX页

|  |
| --- |
| **一、产品报价情况一览表** |
| 项目编号及名称 |  | 产地/品牌/型号 |  |
| 注册证产品名称/备案产品名称 |  | 注册证号/备案号 |  |
| 设备组成配置清单 (可另附页) |  |
| 设备报价 | 单价: 元/套(台);总价: 元 |
| 配套耗材/试剂名称(可另附页) |  | 配套耗材/试剂价格 |  |
| 配套耗材是否专机专用 | 是 □ 否 □ |
| 易损件名称及报价(可另附页) |  |
| 免费保质期（全保） |  年 | 维修备件设备停产后供货10年 | 是□ 否□ |
| 设备发生故障是否提供备用机 |  是 □ 否 □ |
| 设备安装要求 | 电源：1、220V 是□ 2、380V 是□  |
| 地线要求（接地电阻） |  | 环境温度要求 |  |
| 水源要求 |  | 供气（汽） |  |
| 房间要求： | 重量： |
| 设备防护要求： | 管电压: 管电流: |
| 列出广东省三甲医院用户名单（可另附页） |  |
| ▲提供使用人员、维护保养人员培训内容（另附页） |
| ▲提供设备安装验收条款（另附页） |
| ▲提供周期性检测校准（质量检测）条款（另附页） |
| 备注：请按设备具体情况填写 |
|  |  |  |  | 代理供应商(盖公章)或授权代表签名 |
|  |  |  |  | 年 月 日 |

|  |
| --- |
| **二、设备配套医用耗材、试剂报价表** |
| **设备名称** | **耗材名称** | **是否 专机专用** | **规格** | **测试数/盒** | **报价/盒** | **报价/测试** | **生产厂家** | **配送公司** | **联系电话** | **注册证号** | **注册证有效期** | **省平台编码** | **物价 收费编码** |
|  |  | 是□ 否□ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | 是□ 否□ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | 是□ 否□ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | 是□ 否□ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | 是□ 否□ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | 是□ 否□ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **请附上广州市三家三甲医院使用上表项目的发票复印件。** |

★此页不可省略，若无配套耗材，在此页说明情况！

三、易损件情况说明

提供易损件名称、型号、更换周期、价格列表说明

★此页不可省略，若无易损件，在此页说明情况！

四、过保后配件、维修等费用说明

五、设备安装要求情况说明

六、配置清单

七、售后服务承诺书

可自行使用模版，但必须包含以下内容：

1. 售后服务部分

1）免费保质期（说明质保/全保），质保期内是否提供维修服务和更换零配件，设备原产配件供货期，开机率。

2) 质保期出现产品质量及安装问题，是否按照三包原则，由乙方负责包修、包换或包退，并承担因此而产生的一切费用。

3）是否具有专业售后服务团队，团队成员包含哪些人员及人数，保质期内每年对设备进行维护、保养、功能检测次数，能否保证运行状态稳定

4）能否接受7×24小时电话咨询和在线指导维护维修服务，接到故障通知后，响应时间，到场维修时间

5）是否提供技术咨询及所有软件升级，提供时长。

6）质保期内上述售后服务及配件所产生费用是否包含在本次报价中。

2. 培训部分

1）设备到货后根据科室需要开展使用前培训，在接到使用科室开展培训工作的通知后响应时长，完成一次培训期限。培训人员是否厂家专业工程师，培训次数；设备操作涉及资质要求的，是否协助完成相关资质培训和申请；培训内容是否包括使用操作、故障预防、清洁保养、日常维护维修、紧急情况处理、理论和安全等内容。

2）接受培训人员包括科室使用人员、医疗设备维修工程师等，接受多少培训人数。培训标准以科室相关人员掌握设备性能及熟练安全操作为准。

3）设备涉及手术使用的，公司工程师提供手术跟台，现场指导设备操作、灭菌、维护、跟台指导次数。

4）质保期内，是否可根据科室需求开展专项培训及次数，培训形式。

5）上述培训服务所产生费用是否包含在本次报价中。

八、产品技术参数

九、同档次同类产品各品牌的性能比较

十、营业执照（厂家、代理商）

十一、医疗器械生产/经营许可（厂家、代理商）

十二、产品授权证明内容（如非厂家需提交）

十三、产品注册证/备案及彩页

★十四、产品行业发展情况说明

1. 现有产品的技术路线、工艺水平、技术水平及行业的发展历程、行业现状等。**（不能只介绍报名产品，必须包括行业情况）**

1. 技术路线
2. 工艺水平
3. 技术水平
4. 行业的发展历程
5. 行业现状
6. 涉及的企业资质、产品资质、人员资质
7. 涉及的相关标准和规范
8. 市场竞争程度
9. 价格水平或价格构成
10. 潜在供应商的数量、履约能力、售后服务能力
11. 可能涉及的运行维护、升级更新、备品备件、耗材等情况

★十五、企业类型说明（必须提供厂家说明）

本公司郑重声明，本公司参加广州医科大学附属第四医院的（项目名称）购置需求论证工作，现就各相关企业类型进行说明。

相关企业的具体情况如下：

1.供应商为（企业名称），属于\_\_\_\_\_\_（大型企业、中型企业、小型企业、微型企业）；

2.制造商为（企业名称），属于\_\_\_\_\_\_（大型企业、中型企业、小型企业、微型企业）；

3.……

本企业对上述声明内容的真实性负责。如有虚假，将依法承担相应责任。

供应商公司名称：（名称及盖章）

日期： 年 月 日

1：供应商应当对其出具的《企业类型说明》真实性负责，供应商出具的《企业类型说明》内容不实的，属于提供虚假材料。

2：根据《政府采购促进中小企业发展管理办法》（财库﹝2020﹞46号）的规定，如属于中小微企业，所提供的货物全部由符合政策要求的中小企业制造。并且以上说明企业，需不属于大企业的分支机构，不存在控股股东为大企业的情形，也不存在与大企业的负责人为同一人的情形。

**注意：**

**1、小微企业只需要提供官网查询截图！**

**2、中型、大型企业填写该说明！其中，中型企业需要加盖厂家公章**

**以下为说明模板（提交说明时该段红字需要删除）：**

十六、产品的其他医院成交合同或发票复印件

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 合同时间 | 合同单位名称 | 型号 | 合同金额 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

附：近三年的成交合同或发票复印件等佐证材料