

# XX市中医院 医疗设备搬运服务咨询公告

XX市中医院近期拟招标（采购）医疗设备搬运服务，为更好地了解主要参数及价格行情等信息，现面向社会进行公开咨询，内容如下：

## 一、咨询内容

设备名称	规格型号	数量	服务需求	转运地点
见附件3	见附件3	3X台(套)	设备拆装、转运， 转运完成后调试 正常。	从老院区(XX市X区X路X号)移至XX 院区(XX市XX新区X大道X号)

## 二、供应商资质要求

- 1、在中华人民共和国境内注册，具有独立法人资格；
- 2、具有独立承担民事责任的能力；
- 3、具有良好的商业信誉和健全的财务会计制度；
- 4、具有履行合同所必需的装备和专业技术能力；
- 5、有依法缴纳税收和社会保障资金的良好记录；
- 6、参加政府采购活动前三年内，在经营活动中没有重大违法记录；
- 7、本项目不接受联合体。

## 三、基本要求

设备经拆装及转运完成后无磕碰、无损坏、能正常运行。

四、咨询文件一式三份胶装（一正二副，为节省纸张请双面打印，字迹清晰），按附件2格式做好咨询文件，医院有权不接受未经胶装的资料。

## 五、报名时间、报名方式

报名时间：2024年2月8日至2024年2月25日通过邮件报名，须在2024年2月25日下午5点之前通过邮件报名，按“附件1XX市中医院设备咨询报名表”格式填好报名内容后发至设备科邮箱，发送邮件的标题请按“\*\*\*公司+\*\*\*设备”格式发送，邮箱：X。如有疑问，请拨打电话0797-8109207。附件2参加咨询时提交。

## 六、咨询时间、地点

咨询时间：2024年2月26日（星期一）上午10：30时。

咨询地点：XX市中医院门诊6楼小会议室（XX市章贡区西津路16号）。

附件1XX市中医院咨询报名表

附件2XX市中医院咨询文件格式

附件3XX市中医院医疗设备转运情况统计表

XX市中医院

2024年2月X日

## 医疗设备咨询报名函

致：XX 市中医院

我公司报名参与贵医院

医疗设备咨询项目，我已了解咨询公告

所有内容，将按公告制作咨询文件，并准时到达咨询地点。报名信息如下：

公司名称	委托人及联系方式	设备序号	设备名称	设备数量	制造商名称	品牌型号	提供报价（万元）	保修年限	设备注册寿命或说明书规定使用年限	医疗器械注册号	是否需要耗材

附咨询设备参数及公司三证扫描件

为方便统计请发 EXCEL 格式，勿发 PDF 或图片，邮件主题请以“公司名称+参与品目及设备名称”命名

附件 2XX 市中医院咨询文件格式

正（副）本

致：XX 市中医院

设  
备  
咨  
询  
文  
件

项目名称：

品 牌：

响应供应商名称：

日期： 年 月 日

## 目录

序号	内容	页码
1	设备咨询响应函	
2	报价一览表	
3	设备相关耗材报价	
4	配置清单	
5	设备参数	
6	设备注册寿命或说明书规定使用年限	
7	法定代表人授权书	
8	制造商授权书	
9	响应供应商关于无重大违法记录书面声明函	
10	供应商资格证明文件	
11	货物制造商资格证明文件	
12	国内三甲医院客户名单及其同型号设备的合同复印件或中标通知书	
13	其他证明文件	





## 二、 响应货物报价一览表

响应供应商（公章）

单位： 元

货物名称	品牌型号	数量及单位	单价	总价	保修期限	设备注册寿命或说明书规定使用年限	制造商名称	医疗器械注册号	是否需要耗材

法定代表人或被授权人（签字）： \_\_\_\_\_

联系人及电话： \_\_\_\_\_

设备制造商技术支持联系人及电话： \_\_\_\_\_

**（总价超过 50 万元的咨询项目建议制造商或总代理商代表到现场参与咨询，质保期超过两年的需制造商或总代理商提供售后服务承诺函）**

时间：            年    月    日

**三、试剂、耗材及常用易损件报价（提供江西省**省标**及**XX**市**市标**中标价、中标编号，以及其他三甲医院**供货发票复印件**等）**

附表：

XXX 设备咨询情况调研表			
设备报价		使用年限	
设备生产厂家		耗材/试剂名称	
耗材/试剂价格 (耗材: 标注规格及最小包装 试剂: 提供测试或人份价格)		配套耗材/试剂的生产 厂家	
挂网 ID		耗材医保编码	
医疗器械批准文号		耗材/试剂是否专机专 用	
提供配送公司		本地是否有仓库	
临期耗材/试剂能否调换货		是否免费提供质控品、 校验品	
是否有本地工程师 是否能当天到达		其他	
XX 产品医疗设备价格调研情况（其他医院采购情况）			



#### 四、设备咨询的设备配置清单

序号	名称	型号	数量	备注
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				

## 五、设备参数（重点参数或独有参数请标出）

### 1、设备基本参数

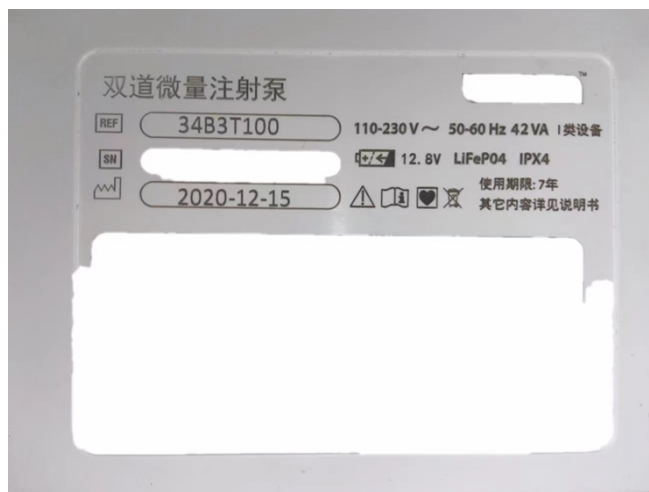
### 2、设备先进参数

## 六、设备注册寿命或说明书规定使用年限证明资料

(注：“设备注册寿命或说明书规定使用年限”指机器设计或注册时确定的机器使用期限，提供说明书或机身铭牌截图证明。)

如：

规格	
产品	
重量	3.2 kg (大约重量, 包含固定夹)
尺寸	263 (长)×130 (宽)×213 (高) mm <sup>3</sup> (不包含固定夹)
方向	水平
数据保存时间	1) 注射设置, 已输注总量和阻塞设置的数据在关机后不被保存。 2) 注射器品牌代码和注射泵操作历史记录在关机后可保存至少10年。
工作温度	+5℃~+40℃
相对湿度	20%~90%
大气压力	70 kPa~106 kPa (700 hPa~1060 hPa)
运输和存储温度	-20℃~+55℃
运输和存储相对湿度	≤95%
运输和存储大气压力	50 kPa~106 kPa (500 hPa~1060 hPa)
使用期限	7年 (不包括电池)



## 七、法定代表人授权书（非法人代表参与设备咨询时提供）

致:XX 市中医院

\_\_\_\_\_（响应供应商法定代表人名称）是\_\_\_\_\_（响应供应商名称）的法定代表人，特授权\_\_\_\_\_（被授权人姓名及身份证代码）代表我单位全权办理上述项目的设备咨询、设备咨询、谈判、签约等具体工作，并签署全部有关文件、协议及合同。我单位对被授权人的签字负全部责任。在撤消授权的书面通知以前，本授权书一直有效。被授权人在授权书有效期内签署的所有文件不因授权的撤消而失效。

被授权人签字：\_\_\_\_\_

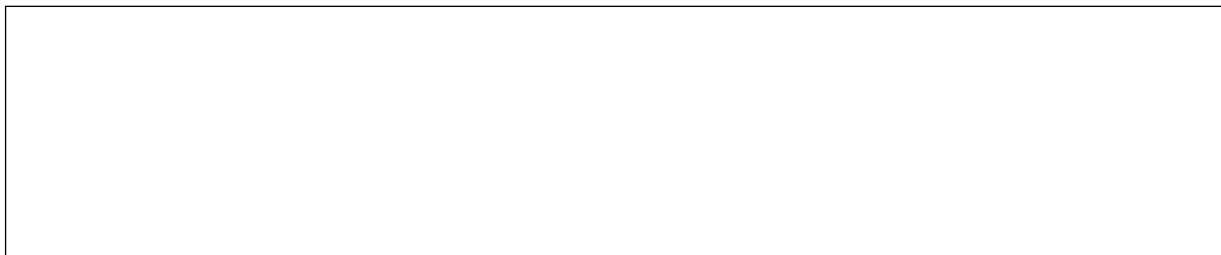
法定代表人签字：\_\_\_\_\_

响应供应商名称（公章）

年 月 日

粘贴法人身份证明（复印件正、反两面）

粘贴被授权人身份证明（复印件正、反两面）



以上内容仅为本文档的试下载部分，为可阅读页数的一半内容。如要  
下载或阅读全文，请访问：

<https://d.book118.com/728067123033007005>