**古蔺县中医医院多功能彩超仪设备（限国产）市场调研**

**一、项目简介**

古蔺县中医医院由于业务发展需要，拟采购多功能彩超仪2台。为保证设备采购的性价比及预算编制的准确度，现对价格、性能、配置等进行公开市场调研，欢迎符合条件的生产企业、配送企业前来参与本次市场调研活动。

**注：1.此次活动为采购方为后期政府采购项目进行的前期市场调研活动，既充分面对市场同类产品进行邀约报价及产品信息收集，同时由采购方组织行业专家组成论证及推荐小组，结合采购方使用需求部门实际临床需求，最终形成调研报告。调研报告仅就参与的品牌进行性价比，需求匹配率的综合比较，其调研结果仅为采购方采购部门参考使用，并不代表其调研成果100%被正式采购时采用，不对正式采购时起到任何限制和约束作用。**

**2.本项目成果的专家组的论证及推荐意见，不产生法律效力，仅作为采购方使用需求部门正式采购活动前，采购部门相关责任主体后期编制采购需求及实施计划的重要参考依据，后期采购方采购部门将实施内部风险控制等程序后，按照政府采购相关规定开展正式的采购活动，供应商如认为采购技术参数等有倾向性或排他性，可以通过政府采购正常程序向采购方进行维权救济。**

**3.如响应本项目的供应商数量不足3家，并不影响采购方使用需求部门在本项目成果中引用有价值的信息作为后期正式采购时的技术资料。故本项目不发布结论性公告，评审结果仅作为内参使用。**

**二、供应商邀请方式**

本次古蔺县中医医院 关于**“古蔺县中医医院多功能彩超仪设备（限国产）市场调研”**以发布公告方式邀请符合条件的生产厂家或区域总经销或生产商家授权方参与。公告发布平台为：**古蔺县中医医院官网：http://www.glxzyyy.cn/。**。

**三、参与本项目活动的供应商应具备的前提条件：**

1.具有独立承担民事责任的能力；【1.1供应商若为企业法人：提供“统一社会信用代码营业执照”；未换证的提供“营业执照、税务登记证、组织机构代码证或三证合一的营业执照”；1.2若为事业法人：提供“统一社会信用代码法人登记证书”；未换证的提交“事业法人登记证书、组织机构代码证”；1.3若为其他组织：提供“对应主管部门颁发的准许执业证明文件或营业执照”；1.4.若为自然人的，提供身份证明材料。以上均为复印件】

2.具有良好的商业信誉和健全的财务会计制度；【提供承诺函】

3.具有履行合同所必须的设备和专业技术能力；【提供承诺函】

4.具有依法缴纳税收和社会保障资金的良好记录；【提供承诺函】

5.本次采购活动前三年内，在经营活动中没有重大违法记录；【提供承诺函】

6.符合法律、行政法规规定的其他条件；【提供承诺函】

7.根据采购项目提出的特殊条件；

7.1.若采购产品为医疗器械的，调研供应商须符合《医疗器械监督管理条例》要求并提供供应商经营该产品的经营许可/经营备案证明材料；投标产品须符合《医疗器械注册管理办法》要求并提供产品的注册/备案证明材料；【提供证书复印件】

7.2.根据相关法律法规规定：“采购项目提供整体设计、规范编制或者项目管理、监理、检测等服务的供应商，不得再参加该采购项目的其他采购活动。供应商为采购人、采购代理机构在确定采购需求、编制招标文件过程中提供咨询论证，其提供的咨询论证意见成为招标文件中规定的供应商资格条件、技术服务商务要求、评标因素和标准、政府采购合同等实质性内容条款的，视同为采购项目提供规范编制。”**故参与本项目的供应商（含个人）须提供承诺，参与本项目的供应商及相关人员所在单位不得再参与本项目后续的采购活动。【提供承诺函原件，请各家产品销售环节慎重考虑】；**

注：1.其参与本项目活动的供应商将无法参与本项目正式的政府采购活动投标，但不限制其在本项目推荐的产品参与采购活动。

2.在本项目活动过程中，如本前提条件未满足的商家资料将部分丧失在本项目活动中的可信度，但专家组同样也会将对其产品的性价比进行评估，如有拟采纳的信息将在后期上会或正式采购前进行甄别其真实性后，由采购方自行决定是否采纳。未参与本项目活动的品牌，自行承担相关市场风险，但不意味其丧失后期参与政府采购活动资格和对参数提出质疑的维权救济权利。

**四、本项目报名时间及方式：**

1.文件发售时间:自2024年7月23日至2024年7月30日上午9：00－12：00，下午14：00－17：00止（北京时间，节假日除外）

2.报名方式：现场报名；本项目不收取报名费。报名须携带的资料：1.法定代表人授权委托书原件或公司介绍信原件（①法定代表人和授权代表签字；②项目名称；③明确授权代表联系方式，以便采购会前告知是否达到开标条件；④法定代表人及授权代表的身份证复印件；以上报名资料均加盖公章）。

3.递交响应文件份数：正本1份；副本2份；电子文档U盘1份；不须单独提供报价一览表，在响应文件中提供即可，在现场不进行唱标。电子文档必须为正本的扫描件（PDF格式），便于采购人后期归档保管。

4.响应文件外层密封袋的标注：项目名称、供应商名称、年月 日。

**特别声明：本项目属于采购方组织对设备的市场摸底委托，相关费用由采购方承担，参与供应商不支付本次活动的其他服务费用（资料费，人员差旅费等自理）。**

**五．递交活动响应文件截止时间：**

**递交文件截止时间：2024年7月31日上午9 ：30时止（北京时间）。**

**活动文件接收时间：2024年7月31日上午9:00至递交响应文件截止时间**。

响应文件必须在递交响应文件截止时间前送达地点。逾期送达的响应文件恕不接受。本次磋商不接受邮寄的响应文件。

**六、本项目推荐模式：**

1.按要求递交推荐产品响应文件。

2.鼓励被推荐产品生产厂家技术人员现场讲解，讲解内容包含且不限于：

1)被推荐产品的技术优势或特点，性价比优势（配置清单及软件系统等），同类同级别产品的对比分析；

2）商务优势介绍，如质保期，重要配品配件质保期及价格；其他商务优势：培训等

3）其他增值服务或内容。

3.鼓励被推荐产品生产厂家技术人员现场提供PPT讲解， 或被推荐产品关键技术实操视频分析，提供现场讲解。（不做强行要求）

**七、方案技术要求**

1.要求：包含设备名称、型号、品牌、单位、价格、功能及参数（参考医院要求的基本参数和配置，所述的功能需求无任何针对性、倾向性和排他性，因对市场了解的局限性，可能存在某些不足，仅作为本院多功能彩超仪市场调研参考所用）。

2.本项目均采用人民币报价：报价应包括相应设备运输、安装、调试至正常使用的所用费用（含税）；

3.参加调研的供应商在保证拟推荐相应品牌产品的生产厂商承诺的售后服务之外，如提供其他更优质的服务，请详细列明服务承诺条款；

4.供应商所提供的设备配套试剂（耗材）均应为四川省药械招采平台中的挂网产品；

**八、递交响应文件**

**地点：古蔺县中医医院**

**具体地址：四川省泸州市古蔺县金兰街道落鸿路56号古蔺县中医医院行政楼二楼会议室**

**九、联系方式**

联系人：牟小玲

联系电话：0830-7102530

2024年 7 月

**附件1**

**采购清单**

**一、产品清单**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 品目号 | 采购货物名称 | 数量单位 | 须满足的基本参数要求 |
| 01-01 | 全身型彩超仪A | 1台 | 1、能满足腹部脏器、浅表器官、心脏、血管、阴道超声及盆底超声等检查。  2、有智能分析功能。  3、能满足全身整机质保5年。  4、有腹部、心脏、浅表、阴超、双平面探头共5把探头。 |
| 01-02 | 全身型彩超仪B | 1台 | 1、能满足腹部脏器、浅表器官、心脏、血管、阴道超声及肌骨超声等检查。  2、能开展远程会诊。  3、有智能分析功能。  4、能满足全身机质保5年。  5、有腹部、心脏、浅表、阴超、小儿心脏探头共5把探头。 |

**附件2**

**古蔺县中医医院多功能彩超仪设备（限国产）市场调研响应文件**

**推荐产品种类：**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 品目号 | 产品名称 | 在推荐产品种类后画“ √” | 备注 |
| 01-01 | 全身型彩超仪A |  | 可以所有品目都推荐，也可以单品目推荐。最小单位为单品目。 |
| 01-02 | 全身型彩超仪B |  |

**单位名称（盖章）：**

**联系人及电话：**

**日 期： 年 月 日**

**目录**

[一、单位介绍 2](#_Toc2163)

[二、营业执照及资格条件承诺函 3](#_Toc13540)

[三、医疗器械相关证书 3](#_Toc31461)

[四、产品注册证 3](#_Toc7191)

[五、品牌介绍 3](#_Toc8017)

[六、产品彩页 3](#_Toc24546)

[七、医疗设备市场调研报价单 4](#_Toc865)

[八、产品技术参数及配置清单明细 6](#_Toc23941)

[九、报价产品的用户案例 9](#_Toc25761)

[十、本项目供货周期 9](#_Toc9313)

[十一、售后服务方案 9](#_Toc25817)

[十二、项目建议 9](#_Toc26491)

[十三、信用中国及中国政府采购网查询证明 9](#_Toc2533)

[十四、提供资料真实性承诺书 10](#_Toc103)

# 一、单位介绍

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 单位名称 |  | | | | | | | |
| 地址 |  | | | | | | | |
| 法人代表 |  | | | 职务 | |  | | |
| 联系人 |  | | | 职务 | |  | | |
| 手机号码 |  | | | 邮箱 | |  | | |
| 单位简介及机构设置 |  | | | | | | | |
| 单位优势及特长 |  | | | | | | | |
| 单位概况 | 注册资本 | 万元 | | | 单位使用面积 | | M2 | |
| 职工总数 | 人 | | |
| 净资产 | 万元 | | | 固定资产原值 | | 万元 | |
| 负债 | 万元 | | | 固定资产净值 | | 万元 | |
| 财务状况 | 年度 | 主营收入  （万元） | 收入总额  （万元） | | 利润总额  （万元） | | 净利润  （万元） | 资产  负债率 |
| 2023年度 |  |  | |  | |  |  |

**单位名称（盖章）：**

**日 期： 年 月 日**

# 二、营业执照及资格条件承诺函

【请提供单位营业执照】及【资格条件中涉及的承诺函，格式自拟】

# 三、医疗器械相关证书

【生产企业提供《医疗器械生产许可证》(有效期内)复印件；经营企业提供《医疗器械经营许可证》(有效期内)复印件】

# 四、产品注册证

【请提供产品注册证】

# 五、品牌介绍

【上述主要产品的基本介绍、发展历史、优势等】

# 六、产品彩页

【请提供产品彩页】

# 七、医疗设备市场调研报价单

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **医疗设备市场调研报价单** | | | | | | | | | |
| 设备名称 | 数量 | 注册证名 | 品牌 | 规格型号 | 产地 | 生产商 | 产品注册证号（全） | 注册证截止日期 | 设备拟销售总价（万元） |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 设备保质保用期（主机、配件） | 备注 | 供货商 | 专用耗材 （有/无） | 专用耗材是否可单独收费（是/否） | 专用耗材单价（元） | 联系人 | 联系手机 | 邮箱 |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

# 注：如本表格式内容不能满足需要，供应商可根据本表格格式自行划表填写，也可分多个表格列举。

# 八、产品技术参数及配置清单明细

**产品技术参数明细表**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **产品基本信息** | | |
| **产品名称** | |  |
| **供应商** | |  |
| **联系方式** | |  |
| **生产厂家** | |  |
| **注册证号** | |  |
| **推荐型号** | |  |
| **参考报价总价格（万元）** | |  |
| **保修期（年）** | |  |
| **用户名单** | |  |
| **产品技术参数** | | |
| **序号** | **技术参数名称** | **技术参数要求描述** |
| **1** |  |  |
| **2** |  |  |
| **3** |  |  |
| **4** |  |  |
| **5** |  |  |
| **6** |  |  |
| **7** |  |  |
| **8** |  |  |
| **9** |  |  |
| **10** |  |  |

**注：如本表格式内容不能满足需要，供应商可根据本表格格式自行划表填写，也可分多个表格列举。**

**产品技术参数明细表**

**产品品目号及名称：**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **产品技术参数** | | |
| **序号** | **技术参数名称** | **技术参数要求描述** |
| **1** |  |  |
| **2** |  |  |
| **3** |  |  |
| **4** |  |  |
| **5** |  |  |
| **6** |  |  |
| **7** |  |  |
| **8** |  |  |
| **9** |  |  |
| **10** |  |  |

**注：如本表格式内容不能满足需要，供应商可根据本表格格式自行划表填写，也可分多个表格列举。**

**单位名称（盖章）：**

**日 期： 年 月 日**

**产品配置清单**

**产品品目号及名称：**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **产品配置清单（单台）** | | | |
| **序号** | **项目名称** | **数量** | **单位** |
| **1** |  |  |  |
| **2** |  |  |  |
| **3** |  |  |  |
| **4** |  |  |  |
| **5** |  |  |  |
| **6** |  |  |  |
| **7** |  |  |  |
| **8** |  |  |  |
| **9** |  |  |  |
| **10** |  |  |  |
| **11** |  |  |  |
| **12** |  |  |  |
| **13** |  |  |  |
| **14** |  |  |  |
| **15** |  |  |  |

**注：如本表格式内容不能满足需要，供应商可根据本表格格式自行划表填写，也可分多个表格列举。**

**单位名称（盖章）：**

**日 期： 年 月 日**

# 九、报价产品的用户案例

【可提供用户案例，如有，格式自拟。】

# 十、本项目供货周期

【自合同的签订开始，设备以及配件的供货、安装调试、试运行、验收等整个项目的周期或计划，估算关键环节的完成时间以及整个项目的所需时间，格式自拟。】

# 十一、售后服务方案

【售后服务机构（地点）、免费保修期限、应急维修响应时间、维修服务收费标准（如有）、制造商的技术支持、每年运维服务费用估算等，格式自拟。】

# 十二、项目建议

【针对本项目，提出技术选型、设备对医院场地安装要求（基建、防护、屏蔽、供电、供水、供气、信息化）及操作人员资质要求等方面的建议（如有）】

# 十三、信用中国及中国政府采购网查询证明

【供应商未列入“信用中国”网站中“记录失信被执行人或重大税收违法案件当事人名单或政府采购严重违法失信行为”的记录名单；不处于“中国政府采购网”中“政府采购严重违法失信行为信息记录”的禁止参加政府采购活动期间失信被执行人、重大税收违法案件当事人名单、政府采购严重违法失信行为记录名单（以“信用中国”网站（www.creditchina.gov.cn）及中国政府采购网(www.ccgp.gov.cn)查询结果为准，如在上述网站查询结果均显示没有相关记录，视为没有上述不良信用记录,须提供网站截图查询证明）。】

# 十四、提供资料真实性承诺书

**提供资料真实性承诺书**

本公司已按照“ ”公告要求提供了十五项资料，具体内容包括：

一、单位介绍

二、营业执照

三、医疗器械相关证书

四、产品注册证

五、品牌介绍

六、产品彩页

七、医疗设备市场调研报价单

八、产品技术参数及产品配置清单

九、报价产品的用户案例

十、本项目供货周期

十一、售后服务方案

十二、项目建议

十三、信用中国及中国政府采购网查询证明

十四、提供资料真实性承诺书

本公司郑重承诺，我公司所提交的资料均真实有效，如有虚假，将依法承担相应责任。

单位名称： （签章）

日期： 年 月 日