# 关于医疗设备市场调研的公告

# [经医院研究决定，我院将对以下医疗设备（详见附表一）进行市场调研，了解相关产品的型号、性能、配置、价格等情况，请有相关产品及信息且具有合法合格资质的](mailto:经医院研究决定，我院将对以下医疗设备（详见附表一）进行市场征询，了解相关产品的型号、性能、配置、价格等情况，请有相关产品及信息且具有合法合格资质的生产厂家按附件二顺序扫描电子版在规定时间内发至医学装备部邮箱srmsbzj@126.com。)**[生产厂家](mailto:经医院研究决定，我院将对以下医疗设备（详见附表一）进行市场征询，了解相关产品的型号、性能、配置、价格等情况，请有相关产品及信息且具有合法合格资质的生产厂家按附件二顺序扫描电子版在规定时间内发至医学装备部邮箱srmsbzj@126.com。)**[在规定时间内按附件二要求将资料扫描为PDF文档格式发至邮箱530759147@qq.com。](mailto:经医院研究决定，我院将对以下医疗设备（详见附表一）进行市场征询，了解相关产品的型号、性能、配置、价格等情况，请有相关产品及信息且具有合法合格资质的生产厂家按附件二顺序扫描电子版在规定时间内发至医学装备部邮箱srmsbzj@126.com。)

# 邮件名称及PDF文档名称：项目编号+项目名称+品牌及型号。附件三《设备信息表》以Excel格式随报名资料同一邮件发邮箱，名称：项目编号+项目名称+品牌及型号。

报名截止时间：2024年5月16日17:30

报名地址：石家庄市范西路36号 石家庄市人民医院范西路院区3号楼1楼综合办公室

联系电话：80916895

石家庄市人民医院

2024年5月11日

附表一：《清单》

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 项目  编码 | 项目  名称 | 数量 | 功能需求 |
|  | DSA | 1 | 诊疗项目：经皮冠状动脉腔内成形术、经皮冠状动脉支架植入术、高速冠状动脉内膜旋磨术、冠脉血管内超声检查术、经皮冠状动脉内溶栓术、颅内动脉瘤栓塞术、经皮穿刺脑血管腔内支架植入术、脑血管取栓术、经皮动脉栓塞术等等。  适用范围：心血管介入治疗；神经介入治疗；肿瘤介入治疗、外周血管的介入治疗。 基本功能：1悬吊式DSA设备；  2、具备更大的热容量及更快的散热率；  3、高分辨率的平板探测器；  4、具备独立工作站，3D 、类CT 、路图功能、测量功能配备高压注射器等，以及临床所需其他功能。 |
|  | 铅衣 | 10 | 诊疗项目：经皮冠状动脉腔内成形术、经皮冠状动脉支架植入术、高速冠状动脉内膜旋磨术、冠脉血管内超声检查术、经皮冠状动脉内溶栓术、颅内动脉瘤栓塞术、经皮穿刺脑血管腔内支架植入术、脑血管取栓术、经皮动脉栓塞术等等。  适用范围：心血管介入治疗；神经介入治疗；肿瘤介入治疗、外周血管的介入治疗。 基本功能：放射防护 |
|  | 铅围脖 | 10 | 诊疗项目：经皮冠状动脉腔内成形术、经皮冠状动脉支架植入术、高速冠状动脉内膜旋磨术、冠脉血管内超声检查术、经皮冠状动脉内溶栓术、颅内动脉瘤栓塞术、经皮穿刺脑血管腔内支架植入术、脑血管取栓术、经皮动脉栓塞术等等。  适用范围：心血管介入治疗；神经介入治疗；肿瘤介入治疗、外周血管的介入治疗。 基本功能：放射防护 |

附件二：《市场调研表》及《设备资料》（此表为**PDF版**发邮箱，名称：项目编号+项目名称+品牌及型号）

市场调研表

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 设备名称 | |  | 设备型号 |  |
| 注册证号 | |  | 交货周期 |  |
| 生产厂家 | |  | | |
| 市场报价  （万元/台） | |  | 优惠价  （万元/台） |  |
| 质保期 | |  | 使用年限 |  |
| 收费情况 | | 物价名称 | 物价编码 | 收费标准 |
|  |  |  |
| 配置清单 | |  | | |
| 主要技术参数 | | 1. | | |
| 2. | | |
| 3. | | |
| 同型号设备  采购情况 | | 医院名称 | | 成交价（万元/台） |
| 1. | |  |
| 2. | |  |
| 3. | |  |
| 专属耗材 | 耗材名称 | 常用型号 | 价格 | 注册证号 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

设 备 资 料

项目编号: 项目名称:

设备名称(注册证名称)： 型号：

生产厂家：

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 序号 | 资料名称 | 页码 |
| 1 | 市场调研表 |  |
| 2 | 医疗器械注册证（设备及该设备所需耗材均需提供）/非医疗器械提供相关说明 |  |
| 3 | **生产厂家**营业执照、生产许可证（未显示生产范围的需提供“医疗器械生产产品登记表”） |  |
| 4 | 使用年限证明文件（设备铭牌照片或说明书等官方文件，需用红线标示使用年限） |  |
| 5 | 报名设备价格证明3份（销售发票或合同） |  |
| 6 | 技术参数 |  |
| 7 | 配置清单 |  |
| 8 | 报名设备型号的产品彩页 |  |
| 9 | 其他补充资料 |  |

附件三：《设备信息表》（此表**不列入**附件二，为**Excel版**发邮箱，名称：项目编号+项目名称+品牌及型号）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 项目编号 | 项目名称 | 品牌 | 注册证号 | 设备名称 | 型号 | 生产厂家 | 联系人 | 联系电话 | 设备单价(万元） | 质保年限 | 使用年限 | 配套耗材 | | | | |
| 耗材名称 | 注册证号 | 型号 | 生产厂家 | 耗材价格 |
| 参照  附件一 | 参照  附件一 |  |  | 以注册证产品名称为准 | 与注册证批准型号一致 |  |  |  |  |  |  | 以注册证产品名称为准 |  | 与注册证批准型号一致 |  |  |