# 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**生产厂家**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。

# 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6月7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6月3日

附表一：《清单》

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 项目编码 | 项目名称 | 数量 | 功能需求 |
|  | 体外反搏装置 | 2 | 诊疗项目：气囊式体外反搏装置适用范围：冠心病、慢性心衰患者的康复。基本功能：1.改善血液循环2.减轻心脏负担3.缓解缺血缺氧4.促进康复5.提高生活质量 |
|  | 大血管手术阻断钳器械 | 1 | 诊疗项目：主动脉夹层、升主动脉瘤等大血管手术；适用范围：主动脉夹层、升主动脉瘤等大血管手术；基本功能：在主动脉夹层、升主动脉瘤等大血管手术中，对各类血管进行阻断手术，保障手术的安全性。 |

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 |  |  |