**2025年无锡市中医医院医疗设备采购项目市场调研公示**

**（ 四 ）**

本调研公示为我院2025年医疗设备计划采购项目（具体见附件1），供符合条件的生产企业、经营企业以及潜在供应商前来我院参加医疗设备市场调研。凭医药代表证参与后续市场调研，**调研资料需递交纸质文件、PDF电子文件、word版电子文件各1份**。纸质文件接受时间为工作日下午，地点为无锡市中医医院科教楼三楼医学工程处办公室2，截止时间为2025年5月14日。请按下列顺序装订：

一、调研资料目录：

    1、报名公司的资质材料（营业执照、医疗器械生产许可证/医疗器械经营许可证等）；

    2、医疗器械注册证（**完整注册证，包含注册证附件产品技术要求、耗材/试剂注册证等**）；

    3、 提供设备生产厂家对产品的设计使用期限信息（如说明书、注册证、铭牌等）复印件或照片，并提供设备超出使用期限后使用可能存在潜在临床风险及法规问题。如无明确要求则请出具原厂说明文件并加盖原厂及报名公司公章；

    4、生产厂家及上级代理公司的逐级授权书；

    5、生产厂家及上级代理公司的资质材料（营业执照、医疗器械生产许可证/医疗器械经营许可证等）；

    6、法人代表授权委托书（含被授权人联系方式、联系邮箱）、法定代表人及委托人的身份证复印件、委托人缴纳社保证明（半年以上，法定代表人亲自参加的除外）；

    7、设备市场调研信息表，含设备优势、用户名单等内容（请填写附件2 ），优先提供近两年内三级以上医院成交记录及合同；

    8、同类产品性能比较表（如有，则提供）；

    9、设备报价表，需含产品名称、品牌、型号、整机原厂质保期、产地、报价（人民币，含与医院相关信息系统接口费、货至我院指定地点的运输、保险、安装等所有费用），格式可自拟；

    10、设备如有配套使用耗材/试剂，请分别提供所有耗材/试剂的注册证、耗材/试剂报价表（含品牌规格型号、中标编码、中标价格、报价等信息，请填写附件3）、使用说明书，如在我院未正式使用的、专用耗材或专用试剂，调研材料中必须重点说明；

11、维修配件报价（请填写附件4）

12、产品详细的配置清单（请单独成页，不与其他信息共存）；

13、产品技术参数（独有参数加★标注）；

    14、产品安装场地等要求（请填写附件5，并提供设备原厂家需求文件）；

15、售后服务条款（请填写附件6）；

16、售后服务体系（含保障服务方案的实施而设立的服务机构、配备的相应服务人员、设施装备，以及相应的服务措施，确保兑现服务承诺和服务质量等内容，格式可自拟）；

    17、产品彩页；

18、调研材料真实性及购销廉洁声明（请填写附件7）；

19、提供企业信用报告复印件（查询渠道：“信用中国”网站（www.creditchina.gov.cn）、中国政府采购网（www.ccgp.gov.cn），“信用江苏”（ http://www.jscredit.gov.cn/index.htm），另外本市企业可登陆无锡诚信网信用基准评价系统申报；并至无锡市公共信用信息中心7楼领取报告）；

**以上材料按此顺序装订（需要目录和页码），并加盖公司公章，复印公章无效。**

二、递交纸质调研材料同时发送**word版（可编辑版本）产品配置清单、技术参数、试剂/耗材报价表**、**设备市场调研信息表**。

三、医药代表证请法定授权代表人至行政楼（5号楼）五楼行风办办公室办理，递交资料前请先完成备案登记，备案流程详见附件8。

**投标公司需严格按照本清单内容递交投标材料，否则视为自动弃权！逾期不再接受调研报名！**

**备注：**pdf材料需上述材料每页加盖公章后扫描，做成pdf格式文件，命名要求：项目名称+代理商简称+品牌+型号，例：“二氧化碳培养箱+南京元素+热电+foma 3111.pdf”。

|  |  |
| --- | --- |
| 联系人：杨老师 | 电子邮箱： 2472150753@qq.com |
| 联系电话：0510-88859999-73001 | |
| 工作日咨询时间：上午8：00~11:00 下午14:00~17:00 | |

**无锡市中医医院医学工程处**

2025年5月6日

附件1、2025年医疗设备采购计划公示表

附件2、设备市场调研信息表

附件3、耗材/试剂报价表

附件4、维修配件报价表

附件5、医疗设备场地安装条件需求

附件6、售后服务条款

附件7、调研材料真实性及购销廉洁声明

附件8、医药代表证备案流程

**附件1：2025年医疗设备采购计划公示表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 申请科室 | 设备名称 | 国别 | 单位 | 数量 | 购置类别 | 预算金额（万元） | 备注 |
| 1 | 医学检验科 | 阴道分泌物检测仪 | 国产 | 台 | 1 | 新增 | 9.9 |  |
| 2 | 病理科 | 染色机 | 国产 | 台 | 1 | 新增 | 9.8 | 为开展PD-L1伴随诊断（22C3）项目 |
| 3 | 康复科 | 内热针治疗仪 | 国产 | 台 | 1 | 新增 | 9.8 |  |
| 4 | 康复科 | 呼吸肌评估与训练器 | 国产 | 台 | 1 | 新增 | 9.9 |  |
| 5 | 麻醉与围术期医学科 | 脑电麻醉深度多参数监护仪（含疼痛伤害指数） | 国产 | 台 | 1 | 新增 | 9.8 |  |
| 6 | 重症医学科 | 动态尿量监测仪 | 国产 | 台 | 8 | 新增 | 3.12 |  |
| 7 | 泌尿外科 | 等离子电切镜（23Fr） | 国产 | 套 | 1 | 新增 | 4.98 |  |
| 8 | 心血管科 | 冠状动脉功能测量系统 | 国产 | 台 | 1 | 新增 | 9.8 |  |
| 9 | 运动促进健康中心 | 生理参数检测仪 | 国产 | 台 | 1 | 新增 | 3.6 |  |
| 10 | 康复科  脊柱科1  推拿科 | 直线偏振光治疗仪 | 国产 | 台 | 3 | 新增 | 29.4 |  |
| 11 | 骨伤科（脊柱科1） | 中医定向透药治疗仪 | 国产 | 台 | 1 | 新增 | 0.85 |  |

**附件2：**

**设备市场调研信息表**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 设备名称： |  | 品牌、规格型号： |  |
| 设备上市时间： |  | 是否有专机专用耗材： |  |
| 设备性能优势说明： | | | |
| **相同型号规格**设备用户名单（若国内市场大、用户多，请优先提供江苏省内（三级）医院用户名单，至少提供两份近两年内江苏省内（三级）医院合同复印件）：   |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | 序号 | 省份 | 用户单位名称 | 等级类别 | 中标价格（万元） | 质保期 | 安装时间 | 联系人 | 联系方式 | | 1 |  |  |  |  |  |  |  |  | | 2 |  |  |  |  |  |  |  |  | | 3 |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   **部分用户名单可附后，请按省份排列并备注。**  国内市场**相同型号规格**用户数量：  江苏省市场**相同型号规格**用户数量： | | | |
| 近两年内**相同型号规格**设备最低中标价格（请优先提供江苏省内相同型号规格设备的最低中标价格,合同复印件、中标通知书等资料附后）：  **用户单位**： ， 万元/整机原厂质保 年 | | | |
| 公司名称（签章）：  法人/法定授权代表签字： 日期： | | | |

备注：表格内容可自行延长，相关资料请附后。

**附件3：耗材/试剂报价表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 耗材/试剂名称 | 品牌 | 型号/规格 | 注册证号 | 中标编码（市标/省标） | 国家医保编码（20位） | 流水码（7位） | 单位 | 中标价格/元 | 报价/元 | 单人份价格/元 | 备注 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**附件4：维修配件报价表**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 维修配件名称 | 品牌 | 型号/规格 | 单位 | 报价/元 | 备注 |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

**附件5：医疗设备场地安装条件需求**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **设备名称** | **品牌** | **型号** | **空间要求（宽\*深\*高mm）** | **自身重量（kg）** | **供电要求** | **供水要求** | **环境要求** | **运输要求** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**附件6：售后服务条款**

**甲方：无锡市中医医院 乙方：**

* 1. 乙方免费提前为甲方提供设备安装图纸，并充分协助甲方做好机房的准备工作（如必要的话）。
  2. 乙方负责设备的免费安装和调试，必须事先与甲方临床医学工程处联系，并与临床医学工程处共同参与，否则引起的一切责任由乙方承担。
  3. 所有医疗设备必须提供符合国家标准的电源线，插头制式必须为中国标准制式，保证安全接地，不接受欧标、美标等制式电源线，设备出厂时间不能超过半年。
  4. **乙方供货期需 天**。乙方逾期交付货物的，每逾期一天，乙方向甲方偿付货款总额5‰的滞纳金，如乙方逾期交货达15天，甲方有权解除合同或双方协商赔偿方式。
  5. 装机所产生的垃圾必须摆放整齐，不得有影响工作人员、病人及家属安全通过的行为。公司在装机后24小时内必须完成对包装拆除物的清理。因包装拆除物原因引起的医疗事故和纠纷，由公司承担全部法律和经济责任。
  6. 设备安装、调试结束后，甲方对设备试用后进行验收（时间由甲、乙双方商定），乙方免费派工程师到达现场协助验收工作。保修期自甲方验收合格之日算起。
  7. 上述设备免费**原厂整机质保 年**，保修范围包括合同中所有配置，并确保设备保修期内开机率≥95%
  8. 如设备发生故障，乙方在接到甲方报修电话后2小时之内响应，12小时内到达甲方现场（若无维修站点，24小时内到达现场），48小时内修复或免费提供备用机，否则甲方可自行采取必要的措施，由此产生的风险和费用由乙方承担。如有特殊情况，乙方应立即电话通知甲方不能响应的原因，在获得甲方同意后，才可推迟响应时间。
  9. 保修期内每年至少2次定期维护。
  10. 在保修期内，乙方必须上门维修，乙方工程师至甲方维修本设备，必须事先与甲方临床医学工程处取得联系，并做相应登记；在维修过程中与甲方工程师共同完成维修工作。否则引起的一切责任由乙方负责。
  11. 如设备软件升级，乙方负责免费软件升级，保证软件为最新、最高版本。
  12. 如有设备具有远程维修诊断功能，乙方负责免费为甲方安装。
  13. 乙方免费提供全套资料，含产品合格证（国产设备）、出厂计量合格证（强检设备）、操作手册、维修手册（含详细电路图）、海关报关单（进口设备）、商检合格证明（进口设备），如技术资料不全，甲方有权不支付货款。
  14. 技术培训：在安装过程中或安装结束后，乙方工程师或有关人员有义务对甲方工程师和操作人员进行现场维修、保养、操作培训并提供快捷操作指南（过塑封好，挂在设备上），解答甲方人员提出的问题。必要时提供正规培训班培训，确保操作人员掌握完成日常工作所需的基本操作方法为止，工程师掌握基本的维护保养操作技术为止。详见乙方公司承诺书。

15. 如乙方提供的设备设有维修软件密码，乙方保证无条件地为甲方永久免费打开。

**附件7：调研材料真实性及购销廉洁声明**

**承诺书**

无锡市中医医院：

针对贵院此次调研，我公司郑重承诺：所提供资料（以骑缝章为准）真实有效，无任何虚假成分。如有虚假，由此产生的一切后果由本公司承担。

为进一步加强医疗卫生行风建设，规范医疗卫生机构医药销售行为，有效防范商业贿赂行为，营造公平交易、诚实守信的购销环境，我公司郑重承诺并遵守：

一、我方按照《合同法》及本承诺购销医疗设备。

二、我方不以回扣、宴请等方式影响医院工作人员采购或使用产品的选择权，不在学术活动中提供旅游、超标准支付食宿等费用。

三、我方指定销售代表承诺在工作时间到医院指定地点联系商谈，不到住院部、门诊部、医技科室等推销产品，不借故到医院相关领导、部门负责人及相关工作人员家中访谈并提供任何好处费等。

四、我方如违反本承诺，一经发现，医院有权终止购销合同，并向有关卫生计生行政部门报告。如我方被列入商业贿赂不良记录，则严格按照《国家卫生计生委关于建立医药购销领域商业贿赂不良记录的规定》（国卫法制发[2013]50号）相关规定处理。

五、本承诺作为产品购销合同的重要组成部分，与购销合同一并执行，具有同等法律效力。

公司（签章）

年 月 日

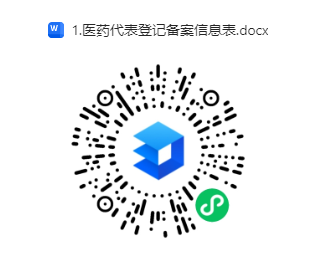
**附件8：医药代表证备案流程**

1.扫码填写医药代表登记备案信息表（纸质版贴照片、敲公司公章）。

2.凭医药代表登记备案信息表、本人身份证、公司委托证明至医院行风建设办公室（行政楼512）登记备案（递交时间：工作日7:45-11:30、13:30-17:00；夏令时工作日7:45-11:30、14:00-17:00）。

3.完成备案后携带本人身份证开立医药代表工作证（当天有效），凭工作证进入医院指定区域。

4.如有疑问联系俞老师，工作时间电话：0510-88859999-86。

****