**2025年医疗设备采购院内询价采购公告（第一批）**

南京大学医学院附属苏州医院（苏州科技城医院）就以下项目进行院内采购询价，欢迎符合资质的供应商前来参加。

一、采购形式：院内询价采购

二、设备采购明细

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 申请科室 | 设备名称 | 数量 | 预算  （万元） | 备注 |
| 1 | 神经内科 | 化学发光免疫分析仪 | 1 | 2.4 | 首次挂网 |
| 2 | 肿瘤血液科 | 超声药物定向透入治疗仪 | 1 | 1.2 | 首次挂网 |
| 3 | 护理部 | 超声探头置入架 | 2 | 1.2 | 首次挂网 |
| 4 | 急诊科 | （POCT）全自动化学发光测定仪 | 1 | 0.2 | 首次挂网 |
| 5 | 电热恒温水槽 | 1 | 0.2 | 首次挂网 |
| 6 | 检验科 | 过敏原定量检测仪（化学发光法） | 1 | 0.2 | 首次挂网 |
| 7 | 手指血维生素D定量检测仪（化学发光法） | 1 | 0.2 | 首次挂网 |
| 8 | 教育处 | 多功能护理模拟人 | 2 | 0.96 | 首次挂网 |
| 9 | 妇科检查模型 | 1 | 0.46 | 首次挂网 |
| 10 | 后穹隆穿刺模型 | 1 | 0.46 | 首次挂网 |
| 11 | 气管插管模型 | 1 | 0.4285 | 首次挂网 |
| 12 | 表面出血点止血考核指导模型 | 2 | 0.4 | 首次挂网 |
| 13 | 外科打结技能训练模型 | 2 | 0.27 | 首次挂网 |
| 14 | 多功能静脉穿刺输液手臂模型 | 1 | 0.16 | 首次挂网 |
| 15 | 肾内科 | 腹膜透析机 | 1 | 0.2 | 首次挂网 |
| 16 | 药学部 | 药物浓度检测仪 | 1 | 1 | 首次挂网 |
| 17 | 医院研究所 | 烘片、组织摊片机 | 1 | 1 | 首次挂网 |
| 18 | 手动移液器 | 5 | 1 | 首次挂网 |
| 19 | 全消毒手动12道可调式移液器 | 2 | 0.64 | 首次挂网 |
| 20 | 全消毒手动8道可调式移液器 | 1 | 0.3 | 首次挂网 |
| 21 | 多功能水平电泳槽（含制胶配件） | 1 | 0.3 | 首次挂网 |
| 22 | 可悬挂6支手动移液器的旋转支架 | 2 | 0.1 | 首次挂网 |

三、参加询价的供应商资格要求：

1、具有独立承担民事责任的能力；

2、具有良好的商业信誉和健全的财务会计制度；

3、具有履行合同所必需的设备和专业技术能力；

4、有依法缴纳税收和社会保障资金的良好记录；

5、参加采购活动前三年内，在经营活动中没有重大违法记录；

6、法律、行政法规规定的其他条件；

7、响应单位具有与所投产品相对应的医疗器械生产或经营（许可）资格；

8、单位负责人为同一人或者存在直接控股、管理关系的不同供应商（包含法定代表人为同一个人的两个及两个以上法人，母公司、全资子公司及其控股公司），不得参加同一合同项下的任何采购活动。

9、本项目不接受联合体响应。

四、参加询价时请提供以下材料并加盖公章：

1、医疗设备问询表（附件1）；

2、产品资质（包括注册证、国际认证等）及简介，附一份查询注册证时的药监部门网站截图；

3、提供设备生产厂家对推介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；

4、配置清单；

5、产品技术参数；

6、生产厂家和代理公司资质；

7、生产厂家授权书、报名单位法人授权委托书（附法人及受托人身份证复印件）；

8、报价单（附件2）；

9、以上材料统一用牛皮纸文件袋密封，加盖公章后送至医学工程处。

五、报名截止时间、地点及联系方式：

1、报名截止时间：即日起至2025年5月14日17：00（北京时间）

2、报名地点：南京大学医学院附属苏州医院（苏州科技城医院）负一楼医学工程处2办公室

3、联系方式：联系人：吴老师   联系电话：0512-69584854

六、中标原则：

本次询价以符合资质条件为前提，以单价低者获得，未中标者不另行通知。最终解释权归甲方所有。

**附件1：**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **医疗设备问询表** | | | |
| 产品名称（注册或备案名） |  | | |
| 品牌型号规格 |  | | |
| 注册证号（报名时提供附件附证） |  | | |
| 生产商（如进口产品注明产地） |  | | |
| 产品标准功能配置（可附页说明） |  | | |
|  | | |
|  | | |
| 产品可选功能配置（可附页说明） |  | | |
|  | | |
| 选配功能是否提供 |  | | |
| 适用范围 |  | | |
| 设备对水、电、建筑等有无特殊要求 |  | | |
|  | | |
| 设备配套消耗品及价格（是中标产品请填中标编码） | 是（请填写中标编码）： | | |
| 否（请填承诺价格）： | | |
| **是否需要不间断稳压电源（是否提供）** | 需要（）不需要（） 是（）否（） | **是否需要配套工作站电脑（是否提供）** | 需要（）不需要（） 是（）否（） |
| 近三年该设备附近用户名单（本省、市）、采购时间及联系人 |  | | |
| 售后服务承诺（医疗设备免费原厂质保期≥ 3年） |  | | |
| 承诺供货时间 |  | | |
| 其他说明 |  | | |
|  | | |
| 推介厂商代理商（盖章） |  | | |
| 代理商和生产企业是否属于中小企业 | 代理商 是（）否（） 生产企业 是（）否（） | | |
| 联系人及联系方式 |  | | |

**附件2：**

**报价单**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **设备名称** | **品牌型号** | **数量** | **单价** | **总价** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **合计** | | | |  |

售后服务承诺（免费原厂质保期≥ 3年）：

**若涉及耗材请填下表：**

**涉及的耗材品种及价格**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **耗材名称** | **单价** | **是否中标** | **中标编号** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**优惠条款：**

附加说明：设备开展项目必备的配套试剂或耗材（非免费），需在投标书中列明，如因遗漏导致临床检验或诊疗项目无法正常开展的，设备将暂停验收，由此导致的一切后果由供方承担。

公司名称：（盖章）

授权代表：

联系电话：

日 期： 年 月 日