**关于南京医科大学附属口腔医院第八门诊部口腔颌面锥形束CT项目征集潜在供应商的调研公告**

南京医科大学附属口腔医院拟对以下项目进行摸底、调研，公开征集潜在供应商。欢迎符合要求的供应商前来报名。

**项目名称：第八门诊部口腔颌面锥形束CT**

**数量：1**

**预算：49万元**

**项目技术参数要求：**

用于口腔科X射线全方位摄影诊断，满足口内、口外、修复、种植、正畸、牙周等专业诊断。

1、大视野：≥15cm\*9cm.

2、探测器数量：≥2

3、具有CT、全景、头颅正/侧位、TMJ、模型扫描和局部CT独立拍摄功能。

4、PACS 接口：能将设备接入医院现有 PACS 网络，提供存储、传输、远程打印、

查询功能；没有 PACS 情况下，也能实现医院局域网自由传输。

**资质要求：**

供应商应具有独立法人资格，营业执照，产品医疗器械注册证。提供有效的证书复印件加盖公章。

**请仔细阅读本项目技术参数要求，准备5分钟产品介绍（幻灯形式）并提供以下书面材料一式四份，加盖单位公章并装订成册，概不退还。**

1. 本公司满足本项目全部技术参数要求，无疑问。

或

本公司对本项目技术参数有正/负偏离，并附下表表述。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 指标 | 原技术指标 | 正/负偏离 | 原因 |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |

2、本公司对本项目技术参数有疑问，并附下表表述，标明原技术参数，建议修改内容并阐明原因。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 指标 | 原技术指标 | 建议修改 | 原因 |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |

1. 主要产品及零配件报价表

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 名称 | 品牌 | 规格型号 | 单价（元/个） |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |

1. 质检报告情况汇总表

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 质检报告名称 | CMA或CANS或国际权威检测机构或其他 | 依据标准 | 质检报告结果（合格/不合格） |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |

1. 与本项目类似的成功案例（合同或中标通知书复印件）
2. 与本项目相关的公司资质证书专利等证明材料。
3. 报价一览表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **项目名称** | | **南京医科大学附属口腔医院 项目** | | | | |
| **序号** | **货物名称** | | **品牌规格型号** | **数量** | **单价（元）** | **总价（元）** |
| 1 |  | |  |  |  |  |
| 2 |  | |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |
| **合计金额** | | **人民币（大写） 元整**  **（¥ 元整）** | | | | |
| **供货时间** | | **签定合同后（ ）日历天内** | | | | |
| **到货期** | |  | | | | |
| **实施期** | |  | | | | |
| **质保期** | |  | | | | |
| **生产厂家** | |  | | | | |

**单位名称（公章）：**

**法定代表人（授权代表）签名：**

**联系电话（手机）：**

**年 月 日**

**七、时 间：**2023年3月 14日(星期二)上午9:00

（请各供应商委派技术人员参会）

**地 点：**江苏省口腔医院新综合楼十三楼1301会议室

采购中心： 李老师 联系方式：69593206