**关于南京医科大学附属口腔医院等离子射频手术系统设备项目**

**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。

**一、项目概况**

**项目名称：等离子射频手术系统**

**数量：1套**

**二、资质要求：**

1. 响应供应商应具有独立法人资格，营业执照。
2. 响应供应商医疗器械经营许可证
3. 生产厂家医疗器械生产许可证
4. 产品医疗器械注册证
5. 产品授权书

**提供有效的证书复印件加盖公章。**

**三、基本技术要求（见附件1）**

**四、请仔细阅读本项目技术参数要求，并提供以下书面材料一式四份。**

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. 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. 该项目人员配置（项目实施团队、售后服务团队）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 姓名 | 所属工种 | 证书 |
| 1 |  |  |  |
| 2 |  |  |  |

1. 该项目设备标准配置表（可提供彩页、样品至现场）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 名称 | 数量 | 具体参数 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

1. 该项目配置选配表（可提供彩页、样品至现场）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 名称 | 数量 | 单价 | 具体参数 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

1. 分项报价表（易损零配件，可提供彩页、样品至现场）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 名称 | 品牌 | 规格型号 | 单价 |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |

8、配套医用耗材报价表

是否含配套医用耗材： 🞎 是 🞎 否

是否专机专用： 🞎 是 🞎 否

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **产品名称（必须与注册证上产品名称一致）** | 品 牌 | **规格型号（必须与注册证上规格型号一致）** | **计价包装单位 （包/盒/ML等）** | **生产企业（必须与注册证上生产企业一致）** | **注册证号** | **注册证有效期** | **供货价（元）格式为xx元/包装单位** | **中标编码或省市平台应急采购编码** | **国家医保医用耗材代码(27位）** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

1. 与本项目类似的成功案例（合同复印件及中标公告<包含网址及网站抬头等信息的全网页截屏>）
2. 与本项目相关的公司资质证书专利等证明材料。
3. 所投产品详细参数及产品彩页等相关证明材料。
4. 请同时将所投调研产品的调研文件（包含详细参数）发至邮箱：2066748093@qq.com，调研文件名称设置：公司名称+项目名称。
5. 所投产品须为合同签订时间一年内出厂，全新、未使用过的原装合格正品，不得使用已停产或拟停产产品，提供承诺书并加盖公章。
6. 关于付款周期的约定：签订合同后，供应商完成全部产品安装、调试，正常使用30日后，经采购方验收合格，签署《南京医科大学附属口腔医院验收报告》，凭发票支付合同总价的90%；留合同总价的10%作为本项目的尾款，自采购方支付至90%合同款12个月后，产品运行正常，售后服务良好，无质量、安全和服务问题，经甲方确认，支付合同尾款10%。
7. 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** | | | | |
| **安装实施期** | |  | | | | |
| **质保期** | | **年**  **注：产品安装调试，正常使用一个月后，经验收合格，签署《南京医科大学附属口腔医院验收报告》之日起计。** | | | | |
| **设备使用年限** | |  | | | | |
| **是否进口产品** | |  | | | | |
| **生产厂家** | |  | | | | |

**注：请响应人认真测算，项目实施过程中所需的采购文件中未列出的相关辅助材料和配送、安装、服务等其他一切费用应由供应商在报价时一并考虑。项目实施过程中不再单独结算。**

**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**

**五、项目调研会议安排：**

**时间：2024年8月 6日(星期二)下午15:00**

**（请各供应商委派商务及技术人员参会）**

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

**注： 1. 提供虚假文件一经查实将终止其参与资格。**

**2. 资料一式四份，加盖单位公章并装订成册，概不退还。**

**3. 其中《报价一览表》除在调研文件中体现外，另需单独封装一份。**

**附件1：**

等离子射频手术系统调研参数

1、具有射频消融功能（双极射频电极消融）和等离子消融切割功能

2、具有内镜下消融切割和止血功能

3、低温控制；创伤轻微

**附件2：调研文件模板**

**调 研 文 件**

**（正本/副本）**

**项目名称：南京医科大学附属口腔医院 项目**

**供应商全称：**

**授权代表：**

**联系电话：**

**日期：**

**目 录**

**…**