**关于南京医科大学附属口腔医院激光多普勒及经皮氧分压测量仪设备项目**

**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：激光多普勒及经皮氧分压测量仪**

**数量：1台**

**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 13日(星期二)上午8:30**

**（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： 南京医科大学附属口腔医院激光多普勒及经皮氧分压测量仪项目调研参数要求**

1. 触摸式显示屏及数据记录存储系统；激光多普勒温控单元、经皮氧分压单元和压力单元。
2. 功能单元配置要求：一个通道的温控血流复合单元

3、测量范围：0至1000PU

4、自动生成检查报告，可直接连接打印机打印，也可以导出PDF格式保存。

5、软件可编辑检查模板，全提示流程。

**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**

**…**