**成都市新都区妇幼保健院2025年度**

**第一期医疗设备第三次市场信息调研公告**

  根据工作需要，我院现对以下医疗设备进行市场调研，以便对相应设备的性能、用途、配置、市场供应现状等情况进行全面了解。欢迎各生产厂家或合法代理商积极参与推荐。

**(第一期医疗设备第一次、第二次已提交过相同产品的厂家可以不用提交）**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 序号 | **名称** | **国产或进口** | **主要用途** |
| 1 | 乳腺旋切系统 | 国产 | 用于切除乳腺部位肿块的微创手术. |
| 2 | 利普刀 | 国产 | 适用范围: 临床用于对人体组织进行切割和凝血，适用于各种腔镜等内窥镜下电切电凝治疗。 |
| 3 | 全自动化学发光仪 | 国产 | 开展不育不孕新项目 |
| 4 | 荧光免疫分析仪 | 国产 | 开展定量检测过敏原。 |
| 5 | 低频电子脉冲红外线治疗仪 | 国产 | 用于全方位催乳、通乳等 |
| 6 | 低频电子脉冲治疗仪 | 国产 | 用于产后子宫修复。 |
| 7 | 医用冷藏冷冻箱 | 国产 | 用于检验试剂储藏 |
| 8 | 医用冷藏冰箱 | 国产 | 用于检验试剂储藏 |
| 9 | 口腔综合治疗椅 | 国产 | 用于日常口腔诊疗，带防回吸装置，自带消毒清洗，带无影灯， |
| 10 | 口腔科超声骨刀 | 国产 | 用于去除牙槽骨保留神经，软组织，用于微创拔牙，种植牙内外提升是去除骨组织，配置超声骨刀工作尖、液晶显示屏、微电脑控制系统、故障报警系统、超声带光手柄、多功能脚踏 |
| 11 | 口腔CGF离心机 | 国产 | 主要用于修复缺损骨组织，软组织，促进人工骨材料，人工结缔组织愈合，成本低廉，效果显著。配置高低速变化的离心系统、微电脑控制自动计算RCF值 |
| 12 | 口腔扫描仪 | 国产 | 主要用于口腔正畸三维扫描牙弓，种植，固定义齿修复扫描牙列和软组织，将口腔内的软硬组织通过电脑测量后，制作义齿，种植导板、隐形牙套等，方便，精准，配置：扫描探头：电脑等 |
| 13 | 口腔无痛麻醉仪 | 国产 | 麻药给药时通过电脑程序控制一定的给药速度从而达到无痛的效果，主要用于儿童和有牙科恐惧的患者，配置 无线充电，一次性注射器 |
| 14 | 口腔电动马达 | 国产 | 由于替代高速反角涡轮机在拔牙去骨时，产生的气体容易引起皮下气肿，该设备用于替代涡轮机，不产生气压，也用于儿童患者低速去龋。配置：高速、低速手机，控制面板 |
| 15 | 机用根管治疗仪 | 国产 | 用于根管治疗替代手动扩根管，更高效，更安全，防止侧穿根管，配置 无限充电，执笔式，转数、扭矩大小调整 |

**一、报名要求**

具备合格资质、具有相应供应保障能力、三年内无违法违纪记录的厂家、商家参加。

**二、报名资料**

（一）报名表

《成都市新都区妇幼保健院医疗设备调研报名表（附件1）》（要求：公司名称处盖鲜章，同时整份资料盖骑缝章）

（二）资质要求

1.参与调研工作人员（法定代表人）授权委托书。（附件2）

2.生产厂家资质（鲜章）：医疗器械生产许可证、营业执照、设备注册证（或一类备案凭证）以及专机专用耗材注册证（或一类备案凭证）复印件。

3.代理商资质：医疗器械经营许可证（或二类备案凭证）、营业执照、厂家授权或市场调研期间授权（若为厂家报名无需提供）。

（三）产品彩页

产品彩页要求：页面整洁清洗，模糊不清作为资料不全、当作弃权处理。

**三、报名方式**

本次调研采取线上报名（不需现场报名），提交报名资料：电子（word）版1份、所有资料盖章后（PDF）扫描一份。除彩页和word文档外，上述所有资料均需盖报名供应商（厂家）鲜章。所提交资料均须真实可信，如有不实，该厂/商家将纳入医院黑名单，禁止参与医院所有的调研、采购活动。

电子版报至邮箱：1529487559@qq.com

四、报名时间

即日起至2025年4月24日10:00前（工作日），超期不再接收报名资料。

五、联系人及联系方式

 李老师 联系电话：028-61795875、13880618710

六、注意事项

若推荐同一产品多个型号，需每个型号单独提交报名资料 。

成都市新都区妇幼保健院

2025年4月17日星期四

附件1：

**成都市新都区妇幼保健院医疗设备采购市场调研报名表**

产品序号：

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 一、报名供应商信息 | 公司名称 |  |
| 公司类别 | □设备生产厂家 □总代理商 □其他 |
| 委托代理人 |  | 联系电话 |  |
| 二、推荐设备信息 | 注册证名称 |  |
| 注册证号 |  |
| 生产企业 |  |
| 生产企业规模 | □大型 □中型 □小型 □微型 |
| 推荐型号 |  | 铭牌标注使用年限 |  |
| 可开展的医疗服务项目 |  |
| 成都市收费情况（编码及价格） |  |
| 推荐配置（主要配置清单）及报价 | 名称 | 规格/型号 | 数量 | 单价（万元） | 备注 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 合计报价： 万元 |
| 是否有可选配功能或配件情况：□无 □有 | 功能/配件名称 | 价格（万元） | 备注 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 三、进口产品情况（国产不填此项） | 目前国产有无同类产品 | □无 □有，例如：（品牌及型号 ）  |
| 优于国产同类型设备性能指标（该指标对临床有何实际价值） |  |
| 四、是否需要配套使用耗材（行数不够，可自行增加）： □是□否  | 注册证名称 | 生产企业 | 规格\型号 | 注册证号 | 是否挂网 | 执行单价（元） | 是否专机专用 |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| 五、有无易损件、消耗性配件：□有□无 | 类别 | 名称 | 生产企业 | 规格\型号 | 执行单价（元） | 是否专机专用 |
| □易损件 □消耗性配件 |  |  |  |  |  |
| □易损件 □消耗性配件 |  |  |  |  |  |
| □易损件 □消耗性配件 |  |  |  |  |  |
| □易损件 □消耗性配件 |  |  |  |  |  |
| □易损件 □消耗性配件 |  |  |  |  |  |
| 六、同型号设备成都市三级医院用户情况 | 医院名称 | 采购时间 | 采购价格（万元） | 与本次推荐配置区别 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 七、消毒灭菌 | 设备或部件使用过程是否需要消毒灭菌 | 具体部位 | 消毒方式 |
|  |  |  |
| 八、售后服务 | 成都市驻地维修工程师人数 | 维修响应时间 | 能否提供备用机 | 质保期 | 质保期结束后技术保费用（万元/年） | 质保期结束后全保费用（万元/年） | 备注 |
|  |  |  |  |  |  |  |
| 八、详细技术参数与性能指标 |  |
| 九、其他需要说明情况 |  |
| 十、承诺 | 我公司对本次成都市新都区妇幼保健院组织开展的医疗设备市场调研活动提供的上述内容以及相应资料都是真实、有效、合法的。如经查实上述承诺的内容事项存在虚假，我单位愿意承担相应法律责任。    公司名称（盖鲜章）：  法定代表人或授权代理人（签字）： 签署日期： 年 月 日  |
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|

附件2

**法定代表人授权委托书**

成都市新都区妇幼保健院：

我公司法定代表人 授权委托 为我公司代理人，以本公司的名义参加贵院本次调研活动，该委托代理人在本次调研过程中所签署的一切文件及处理与之有关的一切事务，本公司均予以承认并承担全部法律责任，被授权人无转委托权。

特此委托！

法定代表人签名：

被授权人签名： 联系电话：

被授权人身份证号码：

 委托公司名称（鲜章）：

 签署时间： 年 月 日

被授权人身份证复印件（正反面）

法定代表（授权人）身份证复印件（正反面）