# 关于征集医疗设备供应商的通知

# 我院拟采购一批设备,详见附表一：《设备需求表》,现开始征集供应商，报名需提供：

# 1、供应商资质2、生产商资质3、医疗器械注册证（设备、专属耗材）4、产品授权书（设备、专属耗材）5、业务员授权书及社保缴费证明（由社保机构出具在其本单位的近6个月的养老保险证明）6、法定代表人居民身份证复印件7、被授权人居民身份证复印件8、技术参数9、配置清单10、产品彩页11、收费项目明细（包含收费项目名称、收费价格、耗材收费项目名称、耗材收费价格、耗材报价、耗材平均每人份价格）12、现行设备和耗材价格证明3份（销售合同复印件）13、与所报产品同型号用户名单14、售后服务承诺书(附设备操作流程、设备培训内容、三级保养规范)

# 以上资料，加上封皮及目录胶装成册，要求封皮按照附件二《封皮》，首页按照附件三《报名表》制作。请将附件四《设备信息表》、技术参数、[配置清单、收费项目明细电子版发至邮箱dyyysbzl@126.com](mailto:配置清单电子版发至邮箱dyyysbzl@126.com)。

报名截止时间：2021年11月25日

报名地址：石家庄市建华南大街365号 医学装备部

医学装备部

2021年11月18日

附表一：《设备需求表》

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 项目编码 | 项目名称 | 数量 | 功能需求 |
| 1 | 经颅直流电治疗仪 | 1 | 1.辅助治疗脑功能损伤后认知、言语、吞咽障碍、运动功能障碍，慢性疼痛，老年记忆衰退等  2.可治疗癫痫、帕金森、耳鸣、高血压、阿兹海默症、睡眠障碍，儿童自闭症、孤独症、学习障碍等  3.可治疗抑郁、精神分裂、双向障碍、自闭等  4.具备tDCS经颅直流电刺激模式、tACS经颅交流电刺激模式、tPCS经颅脉冲电刺激模式、tRNS经颅随机噪声刺激模式。  5.可拓展升级科研功能，满足临床科研需求。 |
| 2 | 便携式无创呼吸机 | 2 | 1.供患有睡眠呼吸暂停、低通气综合征的成人患者进行双水平无创通气治疗使用。  2.根据病人需要提供不同的治疗方案。  3.触发灵敏度可调。  4.记录功能。  5.漏气补偿功能。  6.同屏显示两条曲线：压力曲线，流速曲线。 |
| 3 | 除颤监护仪 | 1 | 1.除颤、起搏、监护、AED，适用于成人、儿童。  2.显示模式具有高对比度显示界面。  3.体外除颤电极板、多功能电极片和体内除颤电极板，体外电极板为成人/小儿多功能一体型。  4.体外除颤监护仪提供的体外电极板具有支持充电，放电，能量选择等操作功能并具备充电完成指示灯。  5.可快速选择能量，节约时间。  6.三步即可完成手动除颤操作。  7.可选配起搏模式，起搏模式具有固定起搏和按需起搏。  8.可设置自动打印充电事件、放电事件、自动检测报告、标记事件和12导报告。  9.实时记录时间有3秒、5秒、8秒、16秒、32秒、连续可供选择。  10.体外除颤监护仪IP防护等级满足IP44等级要求。 |

附件二：《封皮》

项目编码

项目名称

公司名称

业务员姓名 联系电话

附件三： 报 名 表

项目编号: 项目名称:

供应商名称：

生产厂家：

授权人姓名： 联系电话：

设备名称(注册证名称)： 型号：

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 资料名称 | 页码 | 审查结果 |
| 1 | 供应商资质 |  |  |
| 2 | 生产商资质 |  |  |
| 3 | 医疗器械注册证（设备、专属耗材） |  |  |
| 4 | 产品授权书（设备、专属耗材） |  |  |
| 5 | 业务员授权书及社保缴费证明（由社保机构出具在其本单位的近6个月的养老保险证明） |  |  |
| 6 | 法定代表人居民身份证复印件 |  |  |
| 7 | 被授权人居民身份证复印件 |  |  |
| 8 | 技术参数 |  |  |
| 9 | 配置清单 |  |  |
| 10 | 收费项目明细（包含收费项目名称、收费价格、耗材收费项目名称、耗材收费价格、耗材报价、耗材平均每人份价格） |  |  |
| 11 | 现行设备和耗材价格证明3份（销售合同复印件） |  |  |
| 12 | 与所报产品同型号用户名单 |  |  |
| 13 | 售后服务承诺书(附设备操作流程、设备培训内容、三级保养规范) |  |  |
| 14 | 产品彩页 |  |  |
| 15 | 其他 |  |  |

附件四: 《设备信息表》

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 项目编号 | 项目名称 | 设备名称(注册证) | 型号 | 制造商 | 供应商 | 授权人姓名 | 联系电话 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |