

四川省中医药发展服务中心

关于对中医医院新冠病毒感染救治能力建设项目 进行调查的通知

各潜在供应商：

根据“中医医院新冠病毒感染救治能力建设项目”工作需要，我单位拟批量采购床旁监护仪（带 CO 模块）、彩超、支气管镜、全自动连续血滤系统、电动床、高流量湿化氧疗系统、有创呼吸机等，总金额 8473.5 万元。现面向社会进行调查。

请各潜在供应商根据自身情况填写《市场调研供应商填报表》（见附件，需盖鲜章）于 2023 年 3 月 8 日前将盖鲜章的扫描件和可编辑的 Word 版文档发送至指定邮箱：sczysyfz@163.com。

联系电话：028-86200404

四川省中医药发展服务中心

2023 年 2 月 28 日

附件

市场调研供应商填报表

设备名称 (注册证号)		设备品牌	
型号		产地	
生产厂家类型	大型企业 <input type="checkbox"/> 小型企业 <input type="checkbox"/>	中型企业 <input type="checkbox"/> 微型企业 <input type="checkbox"/>	设备使用年限 (铭牌上标注)
国内上市时间 (注册证取得或更新时间)		是否为最新代产品	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>
报价			
价格依据	四川省内、外医院销售价格(三甲医院优先)		同类采购项目历史成交情况
专用耗材 (若耗材品种多,可另附表)	有 <input type="checkbox"/>	耗材名称:	是否阳光采购:
	无 <input type="checkbox"/>	耗材价格:	
专用试剂 (若试剂品种多,可另附表)	有 <input type="checkbox"/>	试剂名称:	是否挂网:
	无 <input type="checkbox"/>	试剂价格:	
装机量	四川省内医院 装机情况(三甲医院优先)		
	国内医院装机 情况(三甲医院优先)		
售后服务	质保期(免费维修维保期)	质保____年 (如有不包含在质保内的易损件或零部件需单独列明)	
	响应时间	____小时内电话响应, ____小时内到达现场	
	售后办事处	(是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>)在成都设立售后办事处, (是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>)有常驻成都的维修工程师	
	备用机	(是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>)提供维修备用机,若提供,设备____小时无法修复可提供备用机	
设备安装条件	设备安装是否有特殊场地要求	是 <input type="checkbox"/> (包括但不限于水、电、辐射防护、屏蔽、房屋加固、信息网络等) 否 <input type="checkbox"/>	

设备相关产业发展情况	
设备市场供给情况	
设备可能涉及的运行维护、升级更新、备品备件、耗材等后续采购情况	
其他相关情况	

备注：设备技术参数、配置清单需另附页。

供应商名称：

授权代表签字：

时 间：