

阳江市妇幼保健院医疗设备采购项目调研论证公告

【调研编号：YJFY-202301】

阳江市妇幼保健院医疗设备采购项目【调研编号：YJFY-202301】进行调研论证。现拟对以下医疗设备进行市场调研论证工作，了解产品的型号、功能、技术参数、配置、价格、售后服务、市场占有率等情况，欢迎符合资格的生产厂家/供应商参与。有关内容如下：

一、项目内容（设备的主要性能技术参数及配置应参照或类似以下要求）

序号	设备名称	数量 (台/套)	预算金额（元）	主要技术参数和配置
1	脉冲磁治疗仪	1	15	主要技术参数： 1. 高场强磁场、振动、温热三种物理因子相结合进行同步治疗。 2. 脉冲磁场强度最高可达 800mT（8000GS）； 磁头：输出强度最低 50mT，最高可达到 800mT，步长调节 50mT； 磁垫：输出强度最低 10mT，最高可达到 350mT，调节步长：10-100mT 调节步长为 10mT，100-350mT 调节步长为 50mT 3. 脉冲频率：10~100（调节步长 10 次/分）、120 次/分、300 次/分、600 次/分、1500 次/分、3000 次/分 4. 设备自带处方的数量 \geq 30 个 5. 治疗仪的输出温度： \leq 55℃，智能温控自动调整，达到最适温度状态 6. 单、双极性磁场输出：治疗仪可输出单极性（磁场 N、S 极固定）和

				双极性（磁场 N、S 极可互换）的磁场 7. 输出通道：4 通道 设备配置清单： 主机 1 台、电源线 1 根、磁垫 2 个、磁头 2 个、绑带 2 条、台车 1 台
--	--	--	--	--

二、报名人资格要求

1、具备有独立承担民事责任能力的，在中华人民共和国境内注册的法人或其他组织。

2、生产企业必须提供《医疗器械生产企业许可证》或《医疗器械生产备案凭证》；产品代理商必须提供《医疗器械经营企业许可证》或《医疗器械经营备案凭证》。

3、生产企业或供应商必须提供参与调研论证产品有效的《医疗器械注册证》、备案证明或法律法规规定的证明文件。

三、公示时间

1、公示时间：2023 年 4 月 20 日至 2023 年 4 月 26 日（上午 8:00—12:00，下午 14:30—17:30）

四、报名资料递交时间及地点

1、报名资料递交时间：2023 年 4 月 27 日至 2023 年 4 月 28 日（上午 8:00—12:00，下午 14:30—17:30）

2、报名资料递交地址：广东省阳江市江城区富康路 126 号阳江市妇幼保健院门诊部 3 楼设备科

五、调研报名资料清单及要求：

1、厂家或供应商的营业执照、生产许可证或经营许可证、医疗器械注册证、法定代表人证明书及法定代表人授权委托书等复印件（附件 5、6）。

2、设备购置市场调研论证表（附件 1、4）。

3、设备技术参数及完整配置清单（附件 2）。

4、提供同型号产品在广东省内主要用户名单（附件 3）。

5、提供近两年内同型号产品在广东省内医院的政府采购中标通知书或采购合同（须同时提供相应的配置清单）。

6、产品彩页介绍。

7、报备资料要求：（1）请在报名截止时间前严格按照以上六项内容准备一式五份材料（每样设备单独密封成册）送广东省阳江市江城区富康路 126 号阳江市妇幼保健院门诊部 3 楼设备科。所有资料除产品彩页外均需加盖公章。（2）报名截止后，恕不接受现场报名。

六、联系方式

1、联系人：敖生

2、联系电话：0662-8838060

七、其他相关事项

1、郑重提示：本次市场调研论证并非采购行为，调研论证结果作为阳江市妇幼保健院采购设备的招标技术参数、配置及招标限价的参考，各单位提供的相关产品信息仅有助于提高阳江市妇幼保健院对该产品的认知，不作为阳江市妇幼保健院采购行为的任何承诺。

2、各单位应严格遵守诚信、廉洁纪律，否则取消资格并列入院方供应商黑名单。

阳江市妇幼保健院
2023年4月20日

附件 1:

阳江市妇幼保健院医疗设备采购市场调研论证表

【调研编号：YJFY-202301】

设备名称 (数量)			
品牌		规格型号	
生产厂家		产地	
供货商		电话	
		邮箱	
资质审查	营业执照有 <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/>	医疗器械注册证 注册号(全):	
	《医疗器械生产企业许可证》或《医疗器械经营企业许可证》 证号:	法定代表人授权委托书 授权期限:	
销售记录: 有 <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> (按粤西地区及广东省内成交记录为优先填写顺序)	1. 医院名称: 成交日期: 其他说明:		成交价格: 成交数量:
	2. 医院名称: 成交日期: 其他说明:		成交价格: 成交数量:
	3. 医院名称: 成交日期: 其他说明: 备注: 提供以上医院的采购合同(含配置清单)或中标通知书或其他证明材料。		成交价格: 成交数量:

附件 2

设备的主要技术参数、配置情况

一、用途和功能描述：

- 1、
- 2、
- 3、。。。

二、主要技术参数描述（能体现产品档次和先进性）：

- 1、
- 2、
- 3、
- 4、
- 5、。。。。

三、产品完整配置清单：

- 1、
- 2、
- 3、。。。

四、售后服务及其他：

- 1、
- 2、
- 3、。。。

附件 3

设备在广东省内主要用户名单

序号	医院名称	使用时间

附件 4

密封封面示例

阳江市妇幼保健院医疗设备采购市场
调研论证

【调研编号：YJFY-202301】

设备序号：

设备名称：

供应商名称：

日 期： 年 月 日

表 5

法定代表人/负责人资格证明书

致：阳江市妇幼保健院

_____同志，现任我单位职务，为法定代表人，特此证明。

签发日期：

供应商单位名称（盖章）：

附：法定代表人信息

性别：

年龄：

身份证号码：

联系电话：

营业执照号码：

法定代表人身份证复印件
(正、反面)

表 6

法定代表人/负责人授权委托书

致：阳江市妇幼保健院

兹授权_____同志，为我方参与阳江市妇幼保健院医疗设备采购市场调研论证【调研编号：YJFY-202301】的授权代表，负责相关事宜。

供应商单位名称（盖章）：_____

法定代表人签名（或盖私章）：_____

有效期限：至 ____年 ____月 ____日

签发日期：_____

附：授权代表信息

性别：

年龄：

职务：

身份证号码：

联系电话：

说明：1. 内容必须填写真实、清楚、涂改无效，不得转让、买卖。

2. 授权权限：全权代表本公司参与上述采购项目的调研，负责提供与签署确认一切文书资料，以及向贵方递交的任何补充承诺。

3. 有效期限：与本公司响应文件的递交有效期相同，自本单位盖公章之日起生效。

4. 授权代表为法定代表人，则本表不适用。

授权代表身份证复印件

（正、反面）