**广州市番禺区中心医院动静脉脉冲气压治疗仪采购项目市场调查公告**

番禺区中心医院拟采购35台动静脉脉冲气压治疗仪，现进行市场调查，请有意向的供应商按以下要求提交资料。所提交的相关调查资料中如涉及弄虚作假的将被列入我院负面清单。我院对所有参与调查潜在供应商提供的资料有保密的责任。

**一、设备需求清单：**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 设备名称（项目名称） | 数量 | 应用方向 |
| 1 | 动静脉脉冲气压治疗仪 | 35台 | 物理治疗 |

**二、技术参数要求**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **设备名称** | **参数需求** | **单台配置清单** |
| 动静脉脉冲气压治疗仪 | 1. 适用范围1.1 预防深静脉血栓；1.2 消除肢体水肿，促进足底血液回流；1.3 用于改善肢体组织的缺血状态。2. 具开机自检功能，自检完毕应显示病患的治疗时间和控制器已经使用时间总和。3.可设定多种脉冲工作模式，压力可调。5. 可根据需要设置定时。6. 具有故障自检、高、低压、空接报警等各类保护报警功能。7. 配有足部、小腿、大腿脉冲气垫。8. 工作噪声适合病房连续使用，不影响患者休息。 | 主机 1台导气管 1副脉冲足、小腿、大腿套各1副 |

**三、报名资料要求：**

**（一）调查材料需求：**（以下资料**一式一份**且均须加盖公章，请按以下顺序扫描成一个文档发到邮箱，同步邮件到医院地点）

**1、设备报价单：**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **设备名称** | **厂家/****品牌** | **型号** | **单价****（万元）** | **数量** | **金额****（万元）** | **医疗器械注册证号** | **生产厂家所属企业类型（大型/中型/小微型）** | **保修期** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**★联系人、联系电话；**

**如有尽量提供医疗服务价格、收费编码等信息。**

1. 耗材报价（如有）、设备主要选配件及报价

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 耗材产品名称 | 耗材规格型号 | 品牌 | 单价 | 注册证号 | 医保码 | 是否一次性使用耗材 | 备注 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

3. 单台设备详细配置清单

4. 设备技术参数及技术特点

5. 设备及耗材的医疗器械注册证或备案表

6. 公司资质证明材料

★7. 中小企业声明函（货物）

8. 同型号设备用户名单（附引进日期）

9. 近3年设备销售参考合同及耗材销售发票或中标通知书（各最少提供3份，优先提供中山医系统、南方医院系统、广医系统、省人民医院等的设备及耗材合同或中标通知书）。

10. 设备彩页、产品介绍

★11. 《用户需求书》响应细化表（要求对已有需求作出明确响应，列明具体响应数值或内容，并且完善细化技术要求和补充可提供的商务服务）。

**（二）医院联系方式：**

番禺中心医院设备科，黄工，020-34858223

收件地址：广州市番禺区桥南街福愉东路8号SPD大楼设备科

**（三）生产厂家所属企业类型（大型/中型/小型/微型企业）说明：**根据关于印发中小企业划型标准规定的通知（工信部联企业〔2011〕300号）文件精神，中小企业划型标准如下：

工业类：从业人员1000人以下或营业收入40000万元以下的为中小微型企业。其中，从业人员300人及以上，且营业收入2000万元及以上的为中型企业；从业人员20人及以上，且营业收入300万元及以上的为小型企业；从业人员20人以下或营业收入300万元以下的为微型企业。

 **（四）资料提交时间：**2023年6月14日—2023年6月21日18:00，后续等通知邀请现场会议。

提交资料：以压缩包的形式发送至：pyzxyysbk@163.com；压缩包命名规则：项目名称-供应商。同步邮件一份到医院地点。

附件：**广州市番禺区中心医院动静脉脉冲气压治疗仪采购项目市场调查公告**

广州市番禺区中心医院

2023年6月14日