**广州市番禺区中心医院眩晕VR耳鸣康复仪采购项目市场调查公告**

广州市番禺区中心医院拟采购眩晕VR耳鸣康复仪一套，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 | 眩晕VR耳鸣康复仪 | 1 | 耳鼻喉科 |

**二、技术参数要求**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **设备名称** | **参数需求** | **单台配置清单** |
| 眩晕VR耳鸣康复仪 | 一、主要用途及功能需求  主要用于耳鼻喉科眩晕治疗方向，包括治疗外周性眩晕、中枢性眩晕、功能失调等诱发的运动不耐受、视性眩晕、功能性头晕、心理障碍导致的眩晕等。   1. 技术参数需求   1.显示方式：虚拟现实一体机沉浸式环境，可外接同屏显示系统。  2.具备虚拟现实场景下完整的前庭康复方案，包括注视稳定性练习、平衡与步态训练、习服训练、中枢庭功能训练、视觉强化训练、BPPV 专项训练、综合作业训练等康复方案。  3.可实现训练时即时反馈训练信息，训练后即时评估康复训练效果的功能。 | 1.VR一体机1台  2.显示系统1套  2.手柄≥1个 |

**三、报名资料要求**

**（一）调查材料需求**

**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，陈工，020-34858223、13392125872

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）报名材料提交时间：2023年8月25日—2023年9月1日18:00，后续等通知邀请现场会议。

材料准备：纸质材料一式六份（一正五副），扫描一份电子版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。

纸质材料同步邮寄一份到医院地点。后续通过电子邮件/电话通知市场调查会议时间，会议当天准备多带五份纸质材料。

附件：广州市番禺区中心医院眩晕VR耳鸣康复仪采购项目市场调查公告

广州市番禺区中心医院

2023年8月25日