**广州市番禺区中心医院手术无影灯采购项目市场调查公告**

广州市番禺区中心医院拟采购一套手术无影灯，现进行市场需求调查，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名单。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 | 手术无影灯（吊式双头） | 1 | 急诊科 |

**二、技术参数要求**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 设备名称 | 技术功能需求 | 备注 |
| 1 | 手术无影灯（吊式双头） | 1.产品用途：用于手术、操作等照明。2.技术功能需求**（供参考）**：1）灯头直径≥500mm/500mm；2）LED光源，灯泡寿命≥50000小时；3）最大照度≥80000lux，照明亮度可调；4）显色指数Ra≥955）色温约4500±500Kelvin；6）术野光斑大小可调；7）照明深度≥1500mm；8）手柄可拆卸，可高温高压灭菌；9）手术灯定位精准，无限位旋转。等 | 1.灯头；2.灯泡；3.手柄；4.吊臂；等。**（配置要求供参考）** |

**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）

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）** | **备注** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**保修期：**

**联系人、联系电话：**

**★保修期、联系人、联系电话（必须填写）；**

2.设备所有选配件及报价

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **产品名称** | **规格型号** | **品牌** | **单价** | **注册证号** |
|  |  |  |  |  |  |

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》编制建议（主要内容为功能和质量的建议，包括性能、材料、结构、外观、安全，或者服务内容和标准等，同时可提出对商务要求的建议）

**以上材料按顺序扫描PDF文档（发到番禺中心医院设备科公共邮箱：pyzxyysbk@163.com），后续等通知邀请现场会议/远程视频会议。**

**（二）医院联系方式**

番禺中心医院设备科：关智臻，020-34858223

收件地址：广州市番禺区桥南街福愉东路8号儿科发热门诊大楼3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）报名资料提交时间：**公告之日起——2023年10月24日18:00。

材料准备：纸质材料一式五份（一正四副），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，会议当天准备多带三份纸质材料。

附件：广州市番禺区中心医院手术无影灯采购项目市场调查公告

广州市番禺区中心医院

2023年10月18日