**启东市第四人民医院氩气刀系统项目**

**市场询价公告**

启东市第四人民医院氩气刀系统项目即将实施，现就该项目进行市场询价调研。

一、采购货物内容及要求

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 项目名称 | 采购需求概况 | 备注 |
| 1 | 氩气刀系统项目 | 根据省卫健委《关于印发江苏省农村区域性医疗卫生中心十大功能中心建设指南（2022版）的通知》（苏卫基层【2022】11号）文件精神，按照建设标准需要配备氩气刀系统一套 |  |

二、约定事项

1.上述采购要求为最低要求，不得负偏离，否则视为无效报价。

2.质量要求：全新产品，具备有效期内医疗器械注册证。

3.交货时间：合同签订后30天内

4.参与报价的单位应具备有效期内的医疗器械生产许可证或医疗器械经营许可证。

5.参与报价的单位需将法人营业执照复印件和市场询价表于2023年4月23日17:00前，送或寄（以邮戳为准）至启东市第四人民医院，联系人：李老师，联系电话：15896238446。

6.报价费用说明：本项目报价包括（但不限于）完成本项目货物、运输、税金等与履行合同有关的一切费用以及合同明示或暗示的所有一般风险责任和义务费用。合同价在合同实施期间不因市场价格波动和各种风险因素的发生而变动。

7.所有报价单必须加盖报价人公章。

8.采购资金的支付方式：银行转账。

9.采购资金的支付时间、条件：合同签订后支付合同总额的30%，货到验收合格后支付合同总额的60%，验收合格满一年付清。

10.其他：（1）请报价单位认真核算、如实报价，如发现虚假报价的，该单位今后将被记入采购黑名单；（2）本次报价仅作为市场调研用，因此价格仅供参考；（3）本次调研询价不接收质疑函，只接收对本项目的建议。

启东市第四人民医院

2023年 4 月 21日

**附件：**

**启东市第四人民医院氩气刀系统项目**

**市场询价报价单**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 项目名称 | 品牌 | 型号 | 价格（元） | 备注 |
| 1 | 氩气刀系统 |  |  |  |  |
|  | 合 计 | | |  |

报价单位：

报价单位联系人：

日期：