## 启东市妇幼保健院教学模具项目产品报名公告

根据政府相关法律法规及我院相关规定，现将我院拟购置项目进行公示，为了增加对该项目的了解，欢迎符合要求的相关供应商前来报名参加产品介绍。相关信息及要求公告如下：

1. 拟采购项目及数量

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **名称** | **数量** | **单位** | **备注** |
| 1 | 高级多功能急救训练模拟人（CPR、气管插管、除颤起搏四合一功能） | １ | 台 |  |
| 2 | 高级自动电脑心肺复苏模拟人 | １ | 台 |  |
| 3 | 高级多功能气道管理模型 | １ | 台 |  |
| 4 | 移动交互式婴儿心肺复苏模拟人 | １ | 台 |  |
| 5 | 高级婴儿气道梗塞及CPR 模型 | １ | 台 |  |
| 6 | 高级静脉血液循环系统 | １ | 台 |  |
| 7 | 高级静脉穿刺手壁训练模型 | １ | 台 |  |
| 8 | 全功能新生儿高级模拟人 | １ | 台 |  |
| 9 | 女性内生殖器官模型 | １ | 台 |  |
| 10 | 子宫解剖模型 | １ | 台 |  |
| 11 | 静止期女性乳房模型 | １ | 台 |  |
| 12 | 女性骨盆附生殖器官与血管神经模型 | １ | 台 |  |
| 13 | 喉镜 | １ | 台 |  |
| 14 | 模拟除颤仪 | １ | 台 |  |
|  | 合计 |  |  |  |

 二、供应商要求

（一）资格要求

1.供应商必须是中国境内的公司、企业独立法人，所供产品应符合其经营范围；

2.供应商及介绍的产品均应具备相应资质；

3.所参加介绍的设备具有强制性的产品认证证书（如国家有相关规定）；

4.供应商企业近年来资信良好，没有违法记录；

5.鼓励国内生产企业及境外产品国内总代理直接参与。

（二）递交材料要求

1.报名表原件。

2.厂家（总代）资质、代理商资质；逐级授权；

3.供应商资质、法人委托书、被委托人身份证复印；

4.产品证件：医疗器械生产许可证（国产）复印件、医疗器械注册证复印件，消毒产品需提供卫生安全评价报告；

5.原厂详细技术参数、配置、彩页等；

6.厂家出具的产品售后服务承诺或维修服务授权文件；

7.用户名单：江浙沪地区装机用户，含装机型号、装机时间及联系电话；不少于三份合同复印件及价格；

8.以上所有材料必须真实有效且加盖投标单位红章，如提供虚假材料一经核实则不得再参与医院后续采购项目。

三、供应商报名

1.填写表格：有意参加产品介绍的供应商请下载并填写报名表，报名表加盖单位红章。

2.报名时间：即日起至2020年8月19日17:00。

3.报名方式：将报名表连同递交材料，按递交材料要求的顺序以扫描件PDF格式发邮箱qdsfybjy@163.com （邮件主题注明报名公司名称+品牌+项目名称）进行电子邮件报名。同时将纸质报名材料和产品彩页（壹份）邮寄至启东市妇幼保健院医学装备部。

4.产品采购询价时间：另行通知

5.地点：启东市妇幼保健院

联系人：徐老师    联系电话：0513-81309030

**启东市妇幼保健院医疗设备院内采购报名表**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **名称** | **数量** | **单位** | **金额** | **品牌型号** | **主要参数或配置** |
| 1 | 高级多功能急救训练模拟人（CPR、气管插管、除颤起搏四合一功能） | １ | 台 |  |  |  |
| 2 | 高级自动电脑心肺复苏模拟人 | １ | 台 |  |  |  |
| 3 | 高级多功能气道管理模型 | １ | 台 |  |  |  |
| 4 | 移动交互式婴儿心肺复苏模拟人 | １ | 台 |  |  |  |
| 5 | 高级婴儿气道梗塞及CPR 模型 | １ | 台 |  |  |  |
| 6 | 高级静脉血液循环系统 | １ | 台 |  |  |  |
| 7 | 高级静脉穿刺手壁训练模型 | １ | 台 |  |  |  |
| 8 | 全功能新生儿高级模拟人 | １ | 台 |  |  |  |
| 9 | 女性内生殖器官模型 | １ | 台 |  |  |  |
| 10 | 子宫解剖模型 | １ | 台 |  |  |  |
| 11 | 静止期女性乳房模型 | １ | 台 |  |  |  |
| 12 | 女性骨盆附生殖器官与血管神经模型 | １ | 台 |  |  |  |
| 13 | 喉镜 | １ | 台 |  |  |  |
| 14 | 模拟除颤仪 | １ | 台 |  |  |  |
|  | 合计 |  |  |  |  |  |

供应商法人声明：**本人保证所供资料完整准确并愿意承担相应责任！**

法人签字盖章：

供应商（盖章）：

 年 月 日