

# 南宁市第四人民医院

## 医疗设备采购项目参数论证与询价公告

根据医院工作需要，拟对相关采购项目进行询价与论证。请有相关资质的企业见到本公告后，携带相关资料前来我院医学装备管理科报名。

拟采购设备名称和数量：

序号	科室	设备名称	需求数量	总预算价（万元）	备注
1	介入诊疗科	DSA 血管造影机球管	1	<125	G E

### 一、报名要求：

1. 档案封面粘贴《医疗设备采购项目询价和参数论证报名表》（附件 1），标明公司名称、项目名称（品名），联系人及联系电话（**未留联系方式的报名无效**）、日期。

2. 内附《厂家三证》1 份，《产品彩页》7 份，《产品参数与报价表（附件 2）》7 份。（**《产品参数与报价表》不能盖章、不能携带品牌和供应商信息、**报价不得超过预算价）。

3. 所有材料用档案袋密封后盖章。

4. 每个档案袋只限制一种产品。

**5. 本会议的目的是论证参数和拟定招标最高限价，请认真报价，否则被视为恶意竞争。**

**6. 材料不符合要求的可被视为弃权。**

报名及咨询电话： 0771-5627859 陈萧羽、王元

报名时间：**2024 年 4 月 23 日---2024 年 4 月 30 日 17:30 止**

报名地址：南宁市第四人民医院医学装备管理科办公室(饭堂后面，8号楼（消毒供应楼）东面板房）



**二、参数论证和询价时间：货物论证原则上无需供应商参加，如需参加会另行通知，厂家也可提出要求进行讲解或实物展示。**

附件：1. 南宁市第四人民医院医疗设备采购项目询价和参数论证报名表  
2. 产品参数与报价表

南宁市第四人民医院  
医学装备管理科  
2024年4月23日

(贴于档案袋封面) 附件 1:

## 南宁市第四人民医院 医疗设备采购项目询价和参数论证报名表

设备名称		产品品牌/型号	
企业名称			
联系人		联系电话	
附件	有相关附件打“√”:		
	生产厂家-《医疗器械生产许可证》 <input type="checkbox"/> 生产厂家-《中华人民共和国医疗器械注册证》 <input type="checkbox"/> 生产厂家-《营业执照》 <input type="checkbox"/> 生产厂家-彩页 <input type="checkbox"/>		
报名人签名:(手签)		时间:	年 月 日

附件 2

## 产品参数与报价表

货物名称	单价	万元	单位及数量		总价	万元
	主要用途					
	功能要求					
	技术参数					
	配置清单					
商务要求						
专家意见：						
专家签字： <span style="float: right;">年 月 日</span>						