**柳州市中医医院（柳州市壮医医院）**

**市场调查公告**

根据我院业务工作开展的需要，拟对以下采购项目进行市场调查，欢迎具备资质、有意向的供应商联系了解详情，并提供市场调查资料：

**一、拟采购项目的基本情况**

1.拟采购项目名称：冲击波治疗仪-红枪保养项目市场调查

2.项目编号：20240719-3

3.保养数量：1

4.预算：9800元。

5.项目需求：我院冲击波治疗仪（型号：Swiss DolorClast）红枪 需要更换内部损耗性配件，需要提供返厂维护服务，并且至少质保治疗头40万次冲击治疗次数。

**二、供应商资质要求：**

1.国内注册（指按国家有关规定要求核准登记的）具有法人资格的供应商营业执照。

2.供应商须具有有效的医疗器械生产或经营相关证明（采购医疗设备才需要）：

2.1生产第一类医疗器械的须具有生产备案凭证，生产第二类、第三类医疗器械的须具备有效的《医疗器械生产许可证》；

2.2经营第一类医疗器械不需具备许可和备案证明，经营第二类医疗器械的须具备经营备案凭证，经营第三类医疗器械的须具备有效的《医疗器械经营许可证》；

3.与拟采购项目相匹配，包括但不限于压力容器、消毒产品、计量检测等国家法律法规及强制性规范所规定的许可证；

4.供应商及其提供的货物和服务应符合国家法律法规及强制性规范所规定的条件；

5.本项目不接受联合体竞价。

**三、调查文件内应包含但不限于以下材料：**

1.意向供应商请将以下资料交给设备科，所有材料加盖单位公章：

附件1采购供应商报价表：加盖公司公章的PDF格式文件1份或纸质报价寄送；

2.供应商相关资质要求：PDF格式扫描件1份或纸质原件寄送；

3.上述电子文件需要压缩后并按照如下格式命名并发送到联系邮箱内：XX（拟采购项目名称）报价-报价公司名称；

4.寄送地址：广西柳州市红葫路6号柳州市中医医院设备科。

**四、调查文件递交的截止时间**

1.各响应供应商必须在2024年7月23日18：00前把调查文件递交至柳州市中医医院设备科电子邮箱或将纸质原件寄送至广西柳州市红葫路6号柳州市中医医院设备科。

2.如有疑问，请咨询联系人：邹工

联系电话：0772-3357150

联系邮箱：lzszyyysbk7150@163.com

**五、市场调查声明**

1.本次调查坚持公平、公正、公开原则；

2.本项目仅为市场调查，并非院内采购招标，后续采购及招标事宜严格依照相关招标采购法律法规及院内制度执行。

3.各供应商必须按项目需求如实制作方案并进行报价，杜绝弄虚作假，胡乱报价。

4.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。

5.逾期送达或未送达指定地点的市场调查报价文件，我院不予受理。

6.凡参加本次调查的供应商均视为同意并接受上述声明。

 柳州市中医医院（柳州市壮医医院）

 2024 年 7 月 19 日

附件1：

|  |
| --- |
| **采购供应商报价表** |
| **对供应商资质要求** | ☑营业执照复印件 □备案凭证□经营许可证 □（如需其他证件请自行填写） |
| **项目名称** | 冲击波治疗仪-红枪保养项目 |
| **具体要求** | 我院冲击波治疗仪（型号：Swiss DolorClast）红色治疗头需要更换内部损耗性配件，需要提供返厂维护服务，并且至少质保治疗头40万次冲击治疗次数。 |
| **质保期要求** | 自交货并验收合格之日起不少于 3 个月或40万次冲击治疗次数。 |
| **廉洁要求** | 供应商参加采购活动应当具备《中华人民共和国政府采购法》第二十二条规定的条件，且严禁授予采购人任何名义、形式的回扣，不得安排并支付费用的营业性娱乐场所的娱乐活动，不以任何形式向采购人行贿，如现金、有价证券、支付凭证和贵重礼品等。 |
| **交付使用期及地点** | 1、接到采购人电话通知供货之日起 15 天内完成交货、安装至验收合格。 |
| 2、交货地点：采购人指定地点。 |
| **报价要求和付款方式** | 1、本次报价须为人民币报价，应包含设备正常使用前，发生的运输费、安装调试费、装卸、检验、验收、税费以及其他所有可能发生的费用。 |
| 2、本项目无预付款，全部货物交付并安装调试完毕且通过验收后，院方根据供应商所开具的真实、准确、有效、正规发票在 3 个月内支付本项目款项。 |
| **供应商报价情况** | 1、我方具备所有资质要求，且完全响应以上条款； |
| 2、我方对本项目报价情况如下： |
| 货物名称 | 型号 | 单价 | 数量 | 金额(元) |
| 冲击波治疗仪-红枪保养 |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  金额合计 |  |
| 3、其他：无。 |
|  | **供应商名称（公章）：** |  |
|  | **联系人：** |  |
|  | **联系方式：** |  |