|  |
| --- |
| **常熟市第二人民医院关于肌电与诱发反应仪**  **等设备院内论证的通知** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 各生产厂家、供应商：   经研究决定，近日医院就肌电与诱发反应仪等设备进行院内论证。欢迎有资质的医疗设备生产厂家、供应商前来我院报名，接洽相关事宜。 一、项目内容：   |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | **序号** | **设备名称** | **数量** | **预算金额（万元）** | **备注** | | 1 | 肌电与诱发反应仪 | 1 | 50.00 |  | | 2 | 人体成分分析仪 | 1 | 45.00 |  | | 3 | 多导睡眠监测系统 | 1 | 50.00 |  | | 4 | 超声乳化仪 | 1 | 60.00 |  | | 5 | 胃肠动力诊疗设备 | 1 | 90.00 |  | | 6 | 急诊用便携式彩色多普勒诊断仪 | 1 | 50.00 |  | | 7 | 病员加温系统 | 3 | 28.5 |  | | 8 | 输血输液加温器 | 5 | 32.5 |  | | 9 | 麻醉监护仪 | 7 | 140 |  | | 10 | 关节镜等离子手术系统 | 1 | 40.00 |  | | 11 | 胃肠镜 | 2 | 76.00 |  | | 12 | 电子胆道镜 | 1 | 40.00 |  |   二、请有意参加以上项目论证的合格供应商于2021年9月3至9月10日8:00至11:00，下午13:00至16:30，医院北部院区医学工程部报名并确认资格。 联系人：常静怡、陆梦婷  联系电话：0512-52277993  三、报名条件 1、具有独立承担民事责任的能力； 2、具有良好的商业信誉和健全的财务会计制度； 3、具有履行合同所必需的设备和专业技术能力； 4、有依法缴纳税收和社会保障资金的良好记录； 5、经营活动中没有重大违法记录； 6、法律、行政法规规定的其他条件； 7、具有产品的合法代理资格；  四、在报名时需向采购单位提供如下材料并加盖公章： 1、营业执照复印件； 2、医疗器械经营许可证复印件； 3、产品的合法代理证明复印件； 4、投标企业法定代表授权委托书原件，附法人及受委托人身份证复印件。 5、参与谈判的产品的注册证。  五、根据报名情况确定论证时间，并通知各报名单位。 |