**牙科综合治疗椅等设备**

**需求调研邀请文件**

项目名称：石棉县公立医院集团牙科综合治疗椅等设备需求调研

项目编号：JTDY-202412

石棉县公立医院集团采购办

2024年6月

地址：石棉县新棉镇人民路11号 邮编：625400

联系电话：0835-8858599 传真电话：0835-8858757

邮箱：603171752@qq.com

调 研 邀 请 公 告

因医院集团的业务发展需要，现对牙科综合治疗椅等设备的价格、性能、配置、参数等进行公开市场调研，欢迎符合条件的供应商递交资料前来参加本次调研活动，并保证所提交的产品资料真实、有效、齐全。

**一、项目编号：**JTDY-202412

**二、项目名称：**石棉县公立医院集团牙科综合治疗椅等设备需求调研

**三、总限价：**25万元

**四、设备清单及限价：**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **设备名称** | **数量** | **单价限价****（万元）** | **合计限价****（万元）** | **产品要求** |
| 1 | 牙科微动力系统 | 1套 | 3 | 3 | 能满足美学修复备牙、 微创拔牙需求，精准切削功能，无刷电机，覆盖高低速手机功能，无高压气流，外接水管，可直供灭菌用水，主动式散热系统，配备记忆程序，便携式可多场景应用，以 |
| 2 | 牙科综合治疗椅 | 2台 | 7 | 14 | 1、内置净水系统，强弱吸具延时功能，恒温漱口水，吸唾器抽水速率大于等于800ml/分，椅位电控程序设置（至少3种预选位），椅位具安全保护装置。2、每台配备高速手机8支及低速马达1支（直、弯机头一套），内置超声洁牙机一台（洁牙机手柄及洁牙工作尖2套）。3、配置一拖三的无油空气压缩机一台。 |
| 3 | 根管马达 | 1台 | 2 | 2 | 要求能高效、快捷、安全预备根管，手机马达超轻便于控制，马达机头具有6个及以上的方向调节  |
| 4 | 根管测量仪 | 1台 | 2 | 2 | 彩色显示屏，自动校准，多频根管测量技术，可设定根尖止点。唇钩等配件数量足够，可高温高压消毒。小巧便携，电池可充电。 |
| 5 | 牙周治疗仪 | 1台 | 4 | 4 | 超声喷砂两用，覆盖龈上龈下，超声牙周治疗时椭圆形轨迹不伤牙面，双水路供水，多功能脚踏，适配多种钛合金工作尖。 |
| **总限价** | **25万元** |

**备注说明：**

**1、上功能要求为必须满足内容，参加调研公司可推荐优于以上功能的机型，但不能超过限价。**

**2、以上所有设备的整机质保期均不得低于3年。**

**3以上所有设备，参与需求调研的商家需全部进行机型推介，不得选择其中的部分设备参与调研，可不限于同一品牌。**

**五、**特别强调：

1、参加本次需求调研的供应商不得参加正式采购活动的投标。

2、本次需求调研并非采购行为，仅用于医院对所需设备的了解和认知，不作为正式采购的依据和承诺，正式采购必须严格按照政府采购的规定执行。

**六、供应商参加本次调研活动须提前报名，报名时需要将以下资料按顺序扫描后，递交采购办进行初审,初审通过的方可参加本次调研活动。**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **报 名 材 料 名 称** | **份数** | **要 求** |
| 1 | 封面：内容包括项目名称、公司名称、联系人、联系电话 | 1份 | 加盖公章 |
| 2 | 单位报名介绍信（格式自拟） | 1份 |
| 3 | 校验期内的营业执照 | 1份 |
| 3 | 法人身份证复印件 | 1份 |
| 4 | 经办人身份证复印件（法人参加无需提供） | 1份 |

**七、调研资料要求：**

1、封面（原件，格式要求见附件1）；

2、首次意向报价表（原件，格式要求见附件2）；

3、产品信息表（原件，格式要求见附件3）；

4、校验期内的营业执照（复印件）；

5、医疗器械经营许可证或备案凭证（复印件）；

6、医疗器械生产许可证、产品的医疗器械注册证（复印件）；

7、法人授权委托书（原件，法人本人参加的无需提供，格式要求见附件4）；

8、法人身份证（复印件）；

9、经办人身份证（复印件，法人本人参加的无需提供）；

10、推荐机型在其他医院的中标通知书或购销合同复印件（每个产品至少2份，新注册上市的设备除外）；

11、推荐机型的三级医院用户名单。

12、产品彩页宣传资料。

13、供应商认为有必要提供的其他材料。

**备注：1、以上资料均须加盖公章，并按顺序完整装订成册后（一式一份），在调**

**研会现场递交。**

 **2、产品彩页宣传资料除装订外，供应商可自行准备供院方人员阅览。**

**3、商家提供的《产品信息表》，需单独准备一份与装订内容完全一致的word**

**文档版本，在需求调研会的现场，拷贝到医院的指定电脑里备存。**

**八、需求调研活动事项安排：**

（一）本次需求调研活动需要报名参加，报名结束后，符合报名条件的商家满足3家的，可组织开展调研活动；符合条件的商家不足3家的，则暂不开展调研活动，待具备调研条件后再重新组织。

**（二）需求调研事项安排：**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **事项** | **时间** | **地点** | **备 注** |
| 1 | 需求公告发布 | 2024年6 月11 日 | 医院网站、QQ空间 | 需求调研邀请文件获取方式见邀请公告 |
| 2 | 报名 | 需求公告发布之日起至2024年6 月17日16：00时止 | 网络报名或现场报名均可（现场报名仅限于工作时间） | 1、网络报名：将报名材料发送至QQ邮箱603171752进行资格初审，审核通过的由采购办登记报名，未登记报名的，医院拒绝需求人参加活动。2、现场报名：按报名材料递交至采购办（综合楼六楼采购办）现场报名，未登记报名的，医院拒绝需求人参加活动。 |
| 3 | 会前签到 | 2024年6 月 19日11：40前 | 石棉县公立医院集团采购办（综合楼六楼采购办） | 签到时需携带授权委托书及身份证交工作人员现场查验，如法人参加则只需要身份证。 |
| 5 | 调研资料 | 需求调研会 | 现场递交 | 需求调研会开始时，由工作人员现场统一收集。 |
| 6 | 调研会 | 2024年6 月19日14：00时 | 石棉县人民医院综合楼五楼会议室 | 商家需提前到达会场，做好参会准备。 |

**九、其它要求与说明：**

1、提供相关信息和资料必须真实可靠，一旦发现有弄虚作假现象，除取消本次需求调研的资格外，医院后期的所有调研和采购活动均不得参加。

2、本次需求调研，商家除按要求提供一式一份的调研资料外，还需准备与本次调研内容有关的PPT资料和其他介绍资料在调研会现场进行演示和推介，医院只提供投影仪，笔记本电脑由供应商自行准备。

3、商家的调研资料概不退还，医院承诺不向外透露参与本次需求调研活动的所有信息。

5、公司报名资格审核通过后，如因特殊原因无法参加需求调研会的，请于会前两天前向医院采购办电话说明，如无故不参加者，医院将不再邀请其参加后期的需求调研活动。

6、供应商参加需求本次调研活动的所有费用由供应商自行承担。

**十、调研会流程**

调研活动由采购办按照需求调研会规定的时间，组织开展并主持召开。调研会将按以下流程进行：

1、工作人员宣布会议开始，介绍本次调研会的人员组成情况，并按照“签到表”宣布参加调研会的供应商名单。

2、工作人员介绍本次调研项目的基本情况。

3、监督人员宣读纪律要求。

4、工作人员宣读各商家《首次意向报价表》的报价。

5、参会商家按照抽签顺序逐一进入会场进行推介，推介内容包括产品性能、优势、培训、售后等与产品相关的信息。同时接受院方人员的提问和咨询，并现场解答。

6、向参会商家发放《二次报价表》进行报价，二次报价不得高于首次报价、同级医院及周边医院的采购价，现场不宣读二次报价结果。

7、参会商家离场。

备注：调研会期间，工作人员会在空隙时间，要求参会商家将word文档版本的《产品信息表》拷贝到医院的指定电脑，参会商家需提前做好准备。

**十一、需求调研会取消：**

出现下列情形之一的，需求调研会予以取消：

1、符合资质条件的供应商不足3家的。

2、出现影响公平公正的违法、违规行为的。

3、因重大变故，活动任务取消的。

4、参会商家的报价高于预算限价，或严重偏离市场价的。

**十二、邀请文件获取方式：**

可通过以下方式免费获得需求调研文件：

1、电话致电0835-8858599石棉县公立医院集团采购办获取；

2、登录石棉县人民医院网站：[www.smxrmyy.com](http://www.smxrmyy.com)，在首页“招标公告”目录中下载获取；

3、通过医院办公QQ号:603171752，在QQ空间/日志中获取。

**十三、联系方式：**

1、石棉县公立医院集团采购办公室：

联系人：王老师 联系电话：0835-8858599；

邮编：625400 邮箱：603171752@qq.com

地址：石棉县人民路11号（石棉县人民医院综合楼6楼，采购办）

2、产品信息咨询：

联系人：袁老师

联系电话：0835-8858966

2024年6月

附件1：封面

附件2：首次意向报价表

附件3：产品信息表

# 附件4：法定代表人授权书

附件1：

**石棉县公立医院集团**

**需求调研资料**

**项目名称：**

**项目编号：**

**公司名称：**

**联系人：**

**联系电话：**

附件2：

# 首次意向报价表

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **首次报价** | **产品名称** | **单价****（万元）** | **数量** | **总价****（万元）** | **供货周期** |
|  |  |  |  |  |
| 报价总合计：¥ 万元（大写： ） |

供应商名称（盖章）：

法定代表人或授权代表（签名）：

附件3：

#

**产品信息表**

**（每个产品必须完整填写一份本信息表，技术参数必须是可用于招标采购的参数内容）**

项目名称：

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 产品名称 |  | 生产厂家 |  |
| 品牌/国别 |  | 规格型号 |  |
| 注册证号 |  | 注册证有效期 |  |
| 生产企业规模 | 大型企业□ 中型企业□ 小型企业□ 微型企业□ 其他： |
| 近1年来在三级医院的销售记录 | 1、医院名称： 成交金额： |
| 2、医院名称： 成交金额： |
| 3、医院名称： 成交金额： |
| 技术参数及配置清单 | 参数填写要求：1. 商家提供的每一条技术参数必须是三个不同品牌机型均能满足的条件设置，严禁提供唯一

性和排他性的参数内容；1. 重要的技术参数，在该参数前用“▲”清楚标识；
2. 除配置外，技术参数原则上不建议用“★”（必须满足条款）标识。如商家认为确实有必

要用“★”标识的，需在该条参数后面备注说明理由，并提供3个能够满足该条款的品牌机型信息。 |
| 1、...2、...3、...4、.........配置清单：如：1、主机 1台2、治疗头 3个3、...... |
| 对应国产品牌的情况（进口产品须填） | **内容** | **进口产品** | **国产产品** |
| **参数** | 1、2、3、...... | 1、2、3、...... |
| **功能** |  |  |
| **应用场景** |  |  |
| 注意：进口产品需要列出国产和进口产品具体参数的对应区别，并进行分条对比。 |
| 设备专用耗材/易损件情况 | 耗材1： | 供货价： | 可 收 费□不可收费□ | 集采挂网□： |
| 耗材2： | 供货价： | 可 收 费□不可收费□  | 集采挂网□： |
| 耗材3、4... | 供货价： | 可 收 费□不可收费□  | 集采挂网□： |
| 易损件1： | 市场价： | 优惠价： |
| 易损件2： | 市场价： | 优惠价： |
| 易损件3、4... | 市场价： | 优惠价： |
| 设备使用期限： | 场地配置要求： |
| 整机质保期： | 能否提供备用机: 能□ 否□ |

备注：

1. 每个产品需完整填写一份《产品信息表表》，填写内容必须真实有效，不得谎报、瞒报，如参与调研的设备不涉及专用耗材和易损件的，可在该栏内填“无”。
2. 本信息表需准备一份word文档版本的拷贝到医院的指定电脑，请提前做好准备。

附件4：

# 法定代表人授权书

石棉公立医院集团采购办：

本授权声明： \*\*\*\*\* 公司法定代表人： （姓名） 身份证号： 授权 （被授权人姓名） 职务： 身份证号： 为我方“\*\*\*\*\*”项目（项目编号：\*\*\*\*\*\*）需求调研活动的合法代表，以我方名义全权处理我公司在参加本项目需求调研中的一切事宜。

特此声明。

法定代表人签字：

被授权代表签字：

供 应 商 名 称： （盖章）

授 权 日 期：

注：如法定代表人亲自参与本次需求调研活动的不需要此授权书。