**石棉县总医院**

**医学装备采购需求市场调研**

**公 告(第二次)**

设备名称：脑电图机设备

调研编号：SBDY-202405

石棉县总医院设备科

2024年 9 月 6日

地址：石棉县新棉镇人民路11号 邮编：625400

联系电话：0835-8858966

第一章 调研邀请公告

**采购需求市场调研邀请公告**

本次调研产品的相关生产厂家、厂家授权代理商：

根据财政部《政府采购需求管理办法》（财库〔2021〕22 号））、《雅安市公立医疗卫生机构设备采购管理管理操作规程》，现公开面向市场对石棉县总医院脑电图机设备采购项目开展采购需求市场调研。设备采购需求概况如下：

**一、采购需求：**

**（一）**设备概况

1.设备名称：脑电图机

2.采购数量： 1台（套）

3.预算金额： 20万元

4.最高限价：20万元

5.资金来源：项目资金

6.生产国：不限

（二）技术要求：

1.应用场景：

神经内科相关病人检查使用。

**2.**配置清单及功能要求：

2.1脑电图机1台，能开展常规脑电图，能对癫痫、脑炎等的监测与鉴别，尤其是癫痫样异常，准确性高、操作简单。

**3.质量要求**

符合国家和行业标准

（三）商务要求：

1.交付时间：签订合同后1个月内

2.交付地点：石棉县人民路11号

3.付款条件：安装验收合格后，按合同约定付款

4.产品生产时间：3个月内产品；

5.包装和运输：无

6.售后服务：整机质保期不低于2年。

7.保险及其他：无

**二、调研内容**

见第二章“调研内容”。

**三、调研事项告知**

1.自愿参与。医学装备采购需求调研作为医院内部决策的一部分，旨在通过充分市场调研，为医院采购决策提供重要参考，调研情况不作公告。调研活动由意向参与方自行决定参加与否。其因此产生的相关费用由调研参与方自行承担。

2.资料用途。参与方提供的调研资料，根据《雅安市公立医疗卫生机构设备采购管理操作规程》（以下简称“操作规程”）相关规定使用。不作其他用途，医院承诺不对外扩散。

3.采购安排。调研活动结束后，是否采购、采购时间由医院根据实际情况安排。

4.邀请对象。为生产厂家、厂家授权代理商，无厂家授权的代理商不得参加调研。

5.根据政府采购法相关规定，参与市场调研的机构不得参加本设备正式采购活动。

6.廉洁纪律。

6.1参与方必须严格遵守相关廉洁纪律。不得打听、许诺、行贿、违反“八项规定”相关要求以及其他违规、违法事项。

6.2参与方的授权代表不参加采购需求调研的各类会议，未经医院允许，不得私自接触相关设备需求科室人员及其他相关人员。在医院院科两级会议集体决策时，如有必要可通过电话方式接受相关澄清答疑。

6.3如采购需求调研确有必要与授权代表见面时，由医院安排，按照雅安市卫生健康委员会等3部门《关于规范雅安市医疗机构工作人员接待医药代表的通知》相关规定统一安排。

7.在自愿参与的原则下，参与方根据“采购需求”，按照第二章“调研内容”提供调研资料，参与调研。

8.参与方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活动均不得参加。

9.所提供的纸质及电子版资料不退还。

10.参与方推荐的产品应是市场主流产品。并提供佐证。

11.参与方最终成交价应低于或等于近一年来政府采购最低价，并提供佐证。当推荐产品高于预算限价或严重偏离市场价的，资料作作废处理。

12.参与方应充分考虑市场竞争环境，推荐具有竞争力的产品方案。参与方提供的信息为最终信息，参与方不再进行二次报价及相关条件优惠等陈述。

13.详细、客观、真实的调研资料对医院决策具有重要意义，参与方应重视资料内涵。

14.出现下列情形之一的，需求调研予以取消：

14.1当收到的调研资料不足3个品牌或技术参数无法满足3家时，需求调研予以取消；医院会再次发出调研公告，参与方不再重复递交。

14.2出现影响公平公正的违法、违规行为时。

14.3因重大变故，采购活动任务取消时。

**四、需要提交的调研资料**

（一）《资质文件》

参与调研方须提供以下资料：

1.有效的营业执照复印件（加盖公章）；

2.法人身份证复印件（加盖公章）；

3.厂家产品授权文件（属于厂家的不提供）；

4.医疗器械经营许可证（符合与本次调研产品的经营许可，属于厂家的不提供）

5.近三年来无相关违法行为的书面声明；

6.按时交纳社保、税费的书面声明；

7.授权代表授权文件（法人作为授权代表的不需要提供授权文件）

8.授权代表身份证复印件；

9.证明授权代表为本机构员工的社保证明；

10.廉洁承诺。

（二）《设备采购需求调研报告》

根据第二章“调研内容”自行进行编制。并提供相关佐证。如推荐1台（件/套）以上产品，应分别编制。

**五、资料准备**

1.纸质版资料

《资质文件》（1份）和《设备采购需求调研报告》 5份（正本1份，副本4份），分别整理成册，提供纸质资料**胶包**装订、密封，加盖公章。

2.电子版资料

上述纸质资料提供电子版2份（PFD版1份，WORD版1份，无文件密码；WORD版可编辑）。

**六、报名及资料递交**

（一）报名

[有意向商家需通过邮箱1025399660@qq.com](mailto:有意向商家需通过邮箱891968603@qq.com)进行报名，报名提供公司营业执照和授权代表联系电话。

（二）资料递交时限

自本公告发布之日起5个工作日至2024年9月13日前（发布之日当天不计算在内），通过现场递交方式送至石棉县总医院设备科项目负责人，文件递交截止日期2024年9月14日16：30。

**七、其他信息**

（一）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0835-8858966石棉县总医院设备科办公室获取；

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；

（二）采购需求方联系信息

1.地址：石棉县人民路11号（石棉县人民医院综合楼5楼）

2.办公地点：设备科

3.办公电话：0835-8858966

4.项目联系人：袁老师

（三）快递信息

邮编：625400

收件地址：四川省雅安市石棉县人民医院 设备科

收件人姓名：袁老师（项目负责人姓名）

收件人电话：（0835-8858966、项目负责人手机号码18728168026）

2024年9 月 6 日

第二章 调研内容

根据第一章“采购需求”，推荐1—2台（件/套）符合或优于上述基本需求的产品，供医院采购决策使用。推荐产品应按以下调研内容详细列出，基本内容如下：

**一、推荐产品基本概况**

**（一）生产厂家基本概况**

1.基本概况

（注册地、注册资本、经营范围、规模、纳税、社保等情况）

2.厂家实力

（提供证明厂家实力的相关证书。证书中应提供与创新、绿色发展、中小企业发展等国家支持相关证书，不能列入政府采购公告的请用“★”号标注）

3.售后服务网络

（限四川省内）

4.代理商分布

（限四川省内）

5.其他需要说明情况

**（二）推荐产品信息**

1.产品名称

2.设备型号

3.生产厂家

4.拟供货产品的生产时间：（明确到月份）

5.使用年限：

6.是否进口产品

7.产品取得相关证书

8.产品执行的国家标准或行业标准

9.备案信息

10.其他

**二、推荐产品技术信息**（不能同时满足不同的3个品牌机型参数，需要用“★”号标注）

**1.**主要配置

1.1设备配置清单

1.2设备软件模块清单

**2.适用业务范围**

（以产品说明书为准）

**3.技术参数**

3.1硬件部分

3.1.1重要技术参数

3.1.2通用技术参数

3.1.3产品专利

3.2设备软件

3.2.1软件模块的详细功能

3.2.2软件版本

3.2.3软件升级（升级周期、是否免费）

3.2.3信息化接口

是否免费开放端口，免费接入医院信息系统，是否能够接入医院现有信息系统（医院信息系统为重庆中联公司产品）

**4.人员技术准入情况**

**5.院感要求**

**三、增值服务**

（提供能够实施的增值服务）

**四、推荐产品后续采购信息**

**（一）**配套耗材

1.是否需要配套医用耗材和通用耗材

2.如果需要，是否为专用耗材还是开放耗材

3.耗材名称

4.挂网情况

5.最低耗材供货价格（挂网和非挂网）

**（二）质保期服务**

1.最长质保期：验收后 年。其中原厂值保时间、其他值保时间。

2.质保范围（自行选择）

2.1整机质保情况

2.2部分质保情况

3.质保等级（自行选择）

3.1原厂质保

3.2其他质保

4.响应时间

5.是否可提供备用机

**（三）运行维护**

1.响应时间：

2..维修价格：

（列出原厂维修和其他维修的费用清单，包括维修项目、备品备件价格、人工费用等详细情况，维修费用的优惠）

3.是否提供备用机

**（四）产品召回**

（产品召回的处理）

**五、推荐产品的产业发展状况**

**（一）技术发展情况**

1.该行业的产业发展状况

2.推荐产品的市场定位

3.推荐产品的技术指标是否属于主流

（是否属于主流产品，推荐产品的档次处于低端、中端、高端的哪个档次等）

4.推荐产品更新换代的周期

**（二）市场供给情况**

1.用户群（列表四川省内二甲以上公立医院）

（其中如有雅安市各区县及石棉县周边的甘洛县、冕宁县、泸定县、九龙县县级及以上公立医院用户，请用“★”号标注）

2.市场占有率

（图表说明）

**六、推荐产品与采购需求的符合性对比**

1.推荐产品的技术参数是否满足科室（或医院）业务和专科需求；

2.推荐产品的实际应用是否满足科室（或医院）业务需求；

3.其他

**七、推荐产品与对标竞争品牌产品的比较**（可列表说明）

（一）推荐产品与对标竞争品牌产品的比较分析，有哪些优势和劣势；

（二）推荐产品与雅安市各区县及石棉周边邻县医疗机构同类型设备对比。（应包括雅安市各区县、石棉县周边邻县的甘洛县、冕宁县、泸定县、九龙县的县市级公立医院；甘孜州人民医院）

**八、推荐产品成本效益分析**

（一）经济效益分析

1.成本分析

1.1运维成本

（综合人力、耗材、维保、设备折旧（设备安装使用起至设备标注的使用期限止的实际时间）等进行综合运维成本分析）

1.2后续成本

（其他可能涉及的运行维护、升级更新、备品备件、耗材等成本及后续采购情况）

2.收益分析（以《雅安市收费标准》）

2.1是否有收费项目

2.2收费项目的清单

2.3是否存在收费价格与耗材价格倒挂

2.4经济效益总体评价

（二）社会效益分析

（针对目前本县人民群众就医、周边邻县设备、技术力量等对提升医院整体实力、辐射周边区县人群等进行分析，是否能够促进降低大病不出县、降低医保支出等综合分析）

**九、意向成交价格**（在意向报价表中填写，也自行编制）

1.最低意向成交价（含税）： 万元。（包含运输、安装、培训、人工成本等全部费用）

2.提供四川省范围内的政府采购同型号采购项目历史成交信息的网页截图等佐证材料。（至少2份）。

第三章 部分文件格式

见附件附件：

**石棉县总医院**

**需求调研资料**

**设备名称：**

**调研编号：**

**公司名称：**

**授权代表：**

**联系电话：**

附件2：

# 法定代表人授权书

石棉总医院：

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。

附件3：

# 意向报价表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **报价表** | **产品名称** | **品牌**  **型号** | **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）：