石棉县总医院

关于开展“磁控胶囊内镜”采购项目

市场调研会的通知

各潜在供应商：

我院于9月10日发布了关于磁控胶囊内镜市场调研的公告（调研编号：SBDY-202408），截止2024年9月18日前（发布之日当天不计算在内），提交调研资料的供应商≥3家，满足市场调研条件。

因我院修订了《医学装备采购论证管理办法》，市场调研的方式修订为通过市场调研会的方式开展。由医院组织调研组，逐一听取各潜在供应商的产品调研方案、澄清答疑和进行二轮报价。现将有关事项通知如下：

一、参会公司

已向设备科提交了调研资料的潜在供应商

二、资料准备

（一）重新按附件准备纸质文档。按原要求进行密封，自行带至调研现场。

（二）推荐方案每个公司只能推荐一个。

（三）各公司按原市场调研公告准备电子版、PPT，调研结束后提交设备科备案。

三、签到

（一）签到时间：2024年10月9日下午1点前。

（二）签到地点：石棉县总医院设备科（石棉县人民医院综合楼五楼）

四、市场调研会

（一）调研时间：2024年10月9日下午2点。

（二）调研地点：石棉县人民医院综合楼6楼中型会议室

五、其他

（一）以PPT讲解方式介绍，时间控制在15分钟以内。

（二）现场讲解后，组织进行二次报价，二次报价表请各公司按附件4自行准备空白表格，加盖公司印章，二次报价时手工填写，并签字（含手印）确认。

（三）已提交的资料不退还，不作为市场调研会资料。

六、项目咨询

（一）项目联系人 :王大双

（二）联系电话：0835-8858966

2024年9月30日

附件1：需求调研新文件格式

**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：**

调研内容

根据第一章“采购需求”，推荐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目录及佐证）

3.售后服务实力

（限四川省内售后服务网点）

4.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个品牌机型的技术参数，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**

**6.其他**

**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.是否需要医用耗材

2.如果需要，是否为专机专用耗材还是开放耗材

3.耗材详细信息

3.1专机专用耗材

3.1.1提供耗材名称、厂家、规格等详细信息；

3.1.2挂网情况：是否挂网，挂网价格或线下采购价格。

3.2开放耗材

3.2.1提供耗材名称、厂家、规格等详细信息；

3.2.2挂网情况：是否挂网，挂网价格或线下采购价格。

**（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）运行维修维护**

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（列表四川省内三级乙等以上公立医院）

（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（四川省内）

（图表说明）

**六、推荐产品与采购需求的符合性对比**（列表说明）

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各型号产品的对比**（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县级医疗机构同类型设备对比。（无法收集可不提供）

**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，也可自行编制）

1.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）。

附件2：

# 法定代表人授权书

石棉总医院采购办：

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。

附件3：

# 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4：

# 磁控胶囊内镜采购项目市场调研二次报价表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 项目 | **设备名称** | **数量** | **单位** | **单价**  **（万元）** | **总价**  **（万元）** | **供货周期** |
| 产品信息 |  |  |  |  |  |  |
| 报 价 | 总合计：¥ 万元（大写： ） | | | | | |
| 报价说明 |  | | | | | |

供应商名称（盖章）：

法定代表人或授权代表（签名）：

时间：2024年 月 日