福建省肿瘤医院采购项目综合需求调研

（设备科）

第一部分 须知前附表

|  |  |
| --- | --- |
| **序号** | **主 要 内 容** |
| 1 | **项目名称：**妇科二氧化碳激光治疗系统设备综合调研 |
| 2 | 调研报名时间： 2024年8月27日至9月3日 (节假日除外)8：00-12：00或14：30-17：30(北京时间）  调研会时间：2024年9月5日下午15点00分  上述时间、地点如有变动，以单位届时通知为准 |
| 3 | 文件正本 1 份，副本 2 份。 胶装并密封加盖投标人公章。文件未胶装将视为无效。 |
| 4 | 报名、综合调研纸质文件递交处： 福建省肿瘤医院  报名回执、报名文件、联系人医社保或缴税证明材料等电子材料发送邮箱fjzlsbk@fjzlhospital.com |
| 5 | 上述时间、地点如有变动，以我院届时通知为准。 |
| 6 | 在采购报名、采购调研等采购过程中有任何异议，可联系我院监督科室。电话：83660063-8407；83660063-8405。 |

地 址： 福建省福州市福马路420号省肿瘤医院设备科

（六意超市楼上三楼）

邮 编： 350014

报名联系电话：0591-62752532 何

第二部分 具体要求

一、采购内容

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 合同包 | 名 称 | 数量 | 预算（万元） |
| （一） | 二氧化碳激光治疗系统 | 1套 | 48 |

1. 技术功能及服务要求

合同包（一）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 序号 | 项目 | 技术参数要求 |
| 1 | 二氧化碳激光治疗系统 | 1、激光器：二氧化碳激光器  2、波长：10.6微米±0.1微米  3、激光输出功率≥20W  4、具有指示光功能，指示光亮度可调  5、采用液晶触控屏设计  6、具有内置水冷功能  7、具有烟雾净化功能或配置烟雾净化器 |

三、其他要求

四、调研说明

报名参加本次调研的供应商、厂家需提供如下相关资料。

1、报名请携带加盖公章的项目文件回执单1张，营业执照复印件、公司简介、设备彩页、三证、参与项目调研供应商代表的个人授权函（需加盖供应商公章）和身份证复印件、医社保或缴税证明材料等相关材料胶装1份，电子版材料发送fjzlsbk@fjzlhospital.com邮箱。

2、论证会时提交相关材料胶装1正2副。

3、分别提供“信用中国”网站（www.creditchina.gov.cn）、“中国政府采购网”网站（http://www.ccgp.gov.cn/search/cr/）信用记录查询截图，无不良记录并加盖公章（截图查询日期必须在该公告日期内）。

4、提供业绩清单及近三年省内同类设备的中标书（若有）。

5、提供设备所需的全部耗材价格及易耗品价格，并说明单次使用耗材价，易耗品需说明更换周期。（如无耗材或易耗品请注明）

6、提供能体现设备使用年限的有效证明，如设备铭牌等。

7、论证意向方报价应包含所采购设备的制造、包装、运输、装卸、保险、安装施工、调试、验收、人员培训、检验、税金等一切费用。

8、提供参数对比数据表

9、以上所提供设备配置为参考数据，如有偏离，可对偏离予以说明，理由充分合理的，予以采纳。

**项目文件回执单**

请有意向参与的公司在项目公示期内携带回执单至福建省肿瘤医院设备科报名。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 项目名称 | 数量 | 品牌及型号 |
| 1 |  |  |  |
| 2 |  |  |  |

公司名称：

联系人：

联系电话：

公司盖章：

　　　　　　　　　　　　 　　　　 年　 月　 日