

附件二：

院内咨询会公告

一、项目名称：

	见公告首页	
--	-------	--

二、采购方信息

采购方：苏州高新区人民医院

地址：苏州高新区华山路 95 号

联系人： 龚惠芬 王颖颖 李敏

电话：0512-69585232

Email：2502386745@qq.com

三、报名方式

报名截止时间：2024 年 02 月 29 日 17:00。

在报名截止时间前将医疗设备信息采集表（格式见附件）送达联系人处。

四、院内咨询响应文件组成

（必须按以下要求及顺序编制目录和对应页码装订成册。）

1. 投标人资格证明文件

（1）营业执照副本复印件

（2）医疗器械生产企业许可证、医疗器械经营企业许可证复印件

件

（3）法人及法人授权代表身份证复印件

（4）法定代表人授权委托书原件、制造商或销售商授权委托书

原件

（5）《医疗器械产品注册证》、注册登记表（如属医疗器械）

（6）其他相关证明文件（根据采购项决定）

2. 所投产品配置清单，如涉及耗材，还必须要有耗材清单、中标价格及优惠价；

3. 所投产品详细技术资料、彩图（中文）；

4. 投标人近三年来与本次招标货物相同产品的用户名单及联系方式；

5. 售中、售后服务及相关培训服务承诺（医疗设备免费原厂质

保期大于三年)；

6. 设备交付使用时间；

7. 苏州高新区人民医院设备征询表(见附件)。

根据院方使用部门实际需求制作文件，一式 8 份(含正本一份)。

五、院内咨询时间另行通知，请提前 15 分钟到场，抽签决定介绍产品的先后次序，每家介绍产品需在规定时间内进行，请勿超时。

如有任何疑问请拨打电话 0512-69585232 咨询。(如有变动将另行通知)

设备论证会报价格式

设备名称	品牌型号	数量	单价	总价

若涉及耗材请填下

表：

涉及的耗材品种及价格

序号	耗材名称	单价	是否中标
1			
2			