**附件7：拟购 六安市中医院常用维修耗材采购 项目初步参数论证征集意见表**

供应商、联系人及电话（加盖公章）：

产品品牌、规格型号、产地、~~医疗器械注册证号及~~市场最低（总）报价：

**备注：**1、按要求格式填写并每页加盖报名供应商公章【电子章无效】，在规定时间内以**原件扫描件和电子版形式**发送至医院指定邮箱（招标办：2523245199@qq.com和归口科室【设备科□、信息科□、后勤保障部√及其他□ 】： zyyzwk2020@126.com ）；

2、响应情况（是/否），如响应则在响应情况一栏填写是或者是响应；若为否则继续填写具体建议修改指标，建议修改指标须慎重填写（该指标若为独家则无效，原则上须满足业界主流品牌同档次水平产品），**同时务必备注本品牌本规格型号产品相对应的真实指标并标注是否为独家（供医院汇总定稿版参数时选择）；**

**附件：配套耗材、试剂【单人次费用】及须定期更换零部件报价清单（样表【若无则标注“无”且不可删除】、可单列）**

**拟购项目初步参数结构如下：**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **本项目初步参数拟设置情况** | | | **响应情况** | **建议修改指标** | **备注（真实指标、是否独家）** |
| **序号** | **参数名称** | **参数设置** |
| 1 | 资质要求 | 1、投标人具有经营范围内的有效营业执照 |  |  |  |
| 2、投标人不得有企业失信记录和受过行政处罚记录，否则投标无效。 |  |  |  |
| 3、清单中所推荐的品牌，为医院现用产品品牌，仅供投标人参考，投标人投标产品必须与医院现用产品通用、系统匹配，所投品牌档次不得低于医院现用品牌。合同执行期内所送耗材必须与投标文件保持一致。如有调整须提前与采购人各班组负责人进行对接，价格报送审计科进行审核无误后方能进行调整，否则仍按合同清单规格进行送货。 |  |  |  |
| 4、所提供的所有耗材均应在质保期内，并保证送达的耗材质保期不少于壹年。 |  |  |  |
| 5、中标人在接到采购人耗材需求通知后，48小时内安排送货到位。遇到紧急情况，所需耗材送达时间不得超过24小时。 |  |  |  |

**附：常用维修耗材响应报价表详见附件2**

配套耗材报价清单（详）

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 耗材使用学科 | 名称 | 品牌规格型号 | 价格（元/个） | 是否开放 | **经消毒合格后建议使用次数** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

配套试剂【单人次费用】报价清单（样表，可单列且加盖公章）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 名称 | 品牌规格型号 | 价格（元/个） | 是否开放 | 备注 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

须定期更换零部件报价清单（样表，可单列且加盖公章）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 须定期更换零部件 | 品牌规格型号 | 价格（元/个） | 是否开放 | 备注 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |