吴川市人民医院医疗设备采购项目需求调查公告

致各潜在供应商：

我司受吴川市人民医院委托，针对吴川市人民医院医疗设备采购项目，面向社会公开开展需求调查。请自愿参与调查的各潜在供应商，根据本公告所列需求及要求，提供相关产品资料。为保证供应商提供内容的真实性、可靠性、准确性，建议供应商按照如下要求提供相关证明材料。

**一、潜在供应商资料递交时间、方式**

1、本次需求调查接收资料期限范围为：2025年01月14日起至 2025年01月17日（工作日9：00-12：00，14：30-17：30，法定节假日除外）。  
 2、本次需求调查接收资料方式为：提供附件一采购需求调查表PDF版（加盖公章）和附件二Excel版（详见附件），请于接收期限范围内将相关资料发送至gdflzb@126.com邮箱。邮件名称为“供应商名称+吴川市人民医院医疗设备采购项目需求调查响应文件。

3.联系方式

本次需求调查，各潜在供应商在参加调查过程中有任何疑问可联系我司工作人员：

联系人：肖小姐

联系电话：0759-3380227-805

**二、资料递交要求**

1、基本满足需求的同级别产品详细的附件一采购需求调查表PDF版（加盖公章）和附件二Excel版（详见附件）。其中技术性能和指标参数需尽量详尽具体，且与认证证书或检测报告型号一致。

2、产品价格具体为产品本身市场价格，反馈的产品价格信息要真实准确，报价有效期不应少于6个月。同类采购项目历史成交信息及证明材料，按附件二Excel版（详见附件）填写。

3、产品的相关检测机构出具的检测报告PDF版（如有）。

4、可能涉及的运行维护、升级更新、备品备件、耗材等后续采购及服务。

5、产品相关图册、产品照片、应用视频等其他相关资料（如有）。

6、供应商认为还需提供的单一性、专利技术等其他与产品技术需求相关的资料。

采购代理机构：广东丰联招标代理有限公司

2025年01月14日

附件一：

吴川市人民医院医疗设备采购项目采购需求问卷调查表

|  |  |
| --- | --- |
| 公司名称 |  |
| 公司简介 |  |
| 相关检验、认证的情况 |  |
| 研发、创新情况  （产业发展情况） |  |
| 是否唯一供应商，市场占有率等情况（市场供给情况） |  |
| 交货时间 |  |
| 服务响应时间及设备维护方式 |  |
| 免费质保期 | 列举维保项目  1.  2.  3.  …. |
| 对采购方人员的培训和技术支持 |  |
| 调查对象 | 调查对象名称：XXXXXXXXX公司（盖章）    联系人：××× 联系电话×××  2025年×月×日 |
| 备注 |  |

**关于递交的采购需求调查问卷表的承诺函**

致吴川市人民医院：

针对我司本次提交的《吴川市人民医院医疗设备采购项目需求调查问卷表》承诺如下：

1.参与本次采购需求问卷调查的费用由我单位自理，所提交的需求内容无偿供给贵方使用。

2.我司保证提交的内容不会侵犯任何其他人的知识产权。若发生由此造成的任何纠纷，一切法律责任由我司承担。

特此承诺！

供应商名称： （全称加盖公章）

年 月 日

注：请于接收期限范围内将相关资料发送至gdflzb@126.com邮箱。