**超高清腹、宫腔镜摄像系统采购意向公示**

我院拟于近期启超高清腹、宫腔镜摄像系统（配置腹、宫腔镜手术器械）采购事项，现进行市场调研（询价），欢迎有意向的公司按要求提交相关资料。

本项目基本情况及需求如下：

一、拟采购项目内容

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 名称 | 采购需求概况 | 数量 | 单位 | 预算金额 |
| 1 | 超高清腹、宫腔镜摄像系统 | 配置腹、宫腔镜手术器械，用于腹、宫腔微创手术。 | 套 | 1 | 60万元 |

二、报价时间：2021年9月15日下午17:00前

三、报价地点：惠城区小金口人民医院行政楼

四、报价方式：现场递交或快递

五、报价要求：

1. 报价金额包含运输、保险、卸货、安装、调试、税费、培训等费用。
2. 报价资料需密封装好。
3. 报价需提供资料如下：

（1）报价单（见附件，需盖章）；

（2）企业营业执照复印件（需盖章）；

（3）医疗器械生产企业许可证、医疗器械经营许可证、医疗器械注册证（需盖章）。

（4）采购项目的相关信息（如：供应商资质、产品说明（彩页）、维修方案、技术参数、售后服务等）

六、本项目不接受联合体报价，不同公司的股东中有共同股东组成的不得同时报价，请在公告有效期内工作日时间8：00-12：00，14：30-17：30提交报价资料。如在规定的时间内报价公司仍不足三家，我院将顺延调研截止时间。

由衷感谢贵公司提供报价支持。

单位：惠州市惠城区小金口人民医院

联系人：曾先生

电话：0752-2781513

地址：惠州市惠州大道小金口段691号

日期：2021年9月9日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **报价单** | | | | | | | | |
| **产品名称** | **品牌型号** | **数量** | **单位** | **生产厂商** | **单价** | **总价** | **联系方式** | **备注** |
|  |  |  |  |  |  |  | 姓名： 电话： |  |
| \*注明：1.附详细设备技术参数及产品彩页；  2.以上报价包含运输、保险、卸货、安装、调试、税费、培训等。  3.报价有效期：90天        **报价公司（盖公章）：  日期： 年 月 日** | | | | | | | | |