

关于开展义乌市中心医院医共体 2021年度采购医学装备产品报名的通知

各医学装备厂家、供应商：

根据义乌市卫健局《关于印发 2021 年度卫健系统医学装备配置计划的通知》（义卫通【2021】09 号），拟公开组织产品报名，请有关公司积极参与。具体事项公告如下：

一、对象要求

鼓励符合要求的医学装备生产厂家或代理商积极报名。

二、报名时间

集中报名时间：2021年10月08日—10月16日
上午8：00-11：00，下午1：30-4：30。

三、报名地点

义乌市中心医院设备科（江东中路 699 号，肿瘤治疗中心8号楼一楼）
联系人：黄老师。联系电话：0579-85209663

四、报名要求

报名时提供以下材料：

- ①提供生产厂家相关资质（营业执照、医疗器械注册证及附件、生产许可证）
- ②厂家授权代表授权书及身份证复印件
- ③提供供应商相关资质（营业执照、医疗器械经营许可证、生产厂家对供应商的各级授权书）
- ④供应商委托人授权书及身份证复印件
- ⑤产品宣传彩页纸质版及电子版；
- ⑥产品在浙江省的使用单位名录，及近三年成交合同（附配置清单）；
- ⑦产品详细参数，产品优势参数请在用星号标注；
- ⑧以上资料请提供纸质版五份及电子版，分别装订成册

上述材料均需真实有效，报名的材料内容如失实，报名者承担一切责任后果。

请下载《义乌市中心医院医共体医学装备产品推荐表》，认真填写加盖公章，同时 附带

本表的电子版（请用 Word 文档）。所有项目单独报名，单独密封。若需邮寄，请将资料邮寄至义乌市中心医院设备科黄程源，电子版发至邮件：438245064@qq.com。截止接收日期10月16日16:30。

对表格栏目内容填写有疑问的，请及时电话咨询 0579-85209663。

附件 1：2021年度义乌市中心医院医共体医学装备年度采购计划

附件 2：义乌市中心医院医共体医学装备报名表

附件 3：义乌市中心医院医共体医疗设备推介表

义乌市中心医院医共体
设备科

2021年10月02日

附件一：

2021年度卫健系统医学装备配置计划（第二批）

序号	设备名称	单价/万元	采购数量	是否进口	预算总金额/万元
1	踝肱指数（ABI）检测仪	10	1	否	10
2	荧光显微镜	35	1	是	35
3	数字震动感觉阈值检查仪	10	1	否	10
4	全自动免疫组化仪	10	1	是	10
5	糖尿病风险早期检测系统	49.8	1	是	49.8
6	麻醉机（含监护仪）	40	3	否	120
7	石蜡包埋机	9	1	是	9
8	视频脑电监测系统	48	1	是	48
9	软式内镜清洗消毒机	60	1	是	60
10	椎间孔镜手术器械	49	1	是	49
11	洁净干燥气枪	10	2	否	20
12	微生物质谱仪	190	1	是	190
13	铅衣消毒柜	13	1	否	13
14	双人四目高端手术显微镜	150	1	是	150
15	心率变异分析系统	23	1	是	23
16	神经导航系统	350	1	是	350
17	冠脉旋磨机	40	1	是	40
18	动脉生理检测仪	40	1	是	40
19	CRRT	30	1	是	30
20	精液分析仪	28	1	否	28
21	高能激光	58	1	是	58
22	平衡训练仪	13	1	否	13
23	高清膀胱镜工作站	20	1	否	20
24	体外冲击波碎石机	30	1	否	30
25	麻醉机	30	1	否	30
26	双目视力筛查仪	20	1	是	20
27	胃肠镜	100	1	否	100
28	中心供氧制氧机	30	1	否	30
29	胃肠镜清洗设备	20	1	否	20
30	冲击波治疗仪	20	1	否	20
31	超声骨强度仪	30	1	否	30
32	超声骨密度测定仪	30	1	是	30
33	肌电图	13	1	否	13
34	可升降手术床	12	1	否	12
35	胃肠镜	100	1	否	100
36	呼吸机	15	1	否	15
37	麻醉机	20	1	否	20
38	MMC一体机	30	1	否	30
39	冲击波	15	1	否	15
40	气压喷液仪	30	2	否	60
41	紫外线光疗仪	25	1	否	25
42	黄金微针射频治疗仪	75	1	是	75
43	二氧化碳激光治疗机	15	1	否	15

附件二：

义乌市中心医院医共体医学装备产品推荐会报名表

供应商全称（盖章）：

联系人：

联系电话：

序号	采购单位	设备名称	品牌型号	进口国 产	数量	封闭式耗材及主要 配件名称	是否与预算 档次相匹配	备注

备注：本表格每个产品一张贴在密封档案袋外面；同时提交本表汇总表的电子版给工作人员。序号按照《2021年义乌市中心医院医共体医学装备配置计划（第二批）》内的序号填写。

附件三：

义乌市中心医院医共体医疗设备推介表

项目名称			
品牌		型号	
投标公司名称		联系人/联系方式	
设备核心参数			
设备主要配置	配置名称	数量	品牌型号
设备所需耗材			
近期主要客户（省级、金华地区三级医院）			
备注（质保期）			
授权代表签字		日期	

注：佐证材料附后