4k腹腔镜系统市场调研

现对下列医疗设备征集相关资料，请有相关产品及信息且具有合法合格资质的供应商与我院联系。

一、项目名称：4k腹腔镜系统

二、厂商报名资料（加盖公司鲜章）

1．生产商资质

2．代理商资质及通过“信用中国” 和“中国政府采购网”网站 查询信用记录并提供网页截图。(需加盖公章)；

3．厂家给代理授权

4．厂家或代理商法人给业务人员授权，双方签字(法人及业务人员身份证复印件)

5．产品注册证

6．产品彩页资

7．南宁市第八人民医院医疗设备参数需求表

8．拟报名产品的用户名单

请装订成册加盖公章后密封提交。密封文件袋封面应注明：项目名称、投递人全称、被授权人姓名及联系方式、投递时间。同时，递交一份电子文档，与纸质版本的文字内容相同，发送至指定邮箱nnbyyxzbk@163.com，并通知我院及时查阅。

三、报名地址：南宁市沈阳路2号 南宁市第八人民医院医学装备科

联系人：凌老师

联系电话：0771-3811825

四、报名期限：2022年9月21日—9月28日（报名材料接收时间每天上午8:00-11:00,下午14:30—17:00）

五、监督电话

单位纪检监察室: 0771-3811821

六 、其他约定

(一)本次市场调研活动仅为我院编制拟采购医疗设备技术参数使用，非资格预审。投递人相关资料一经递交后，不予退回。

(二)无论我院是否采用，投递人应保证所递交的技术参数或配置要求，不产生因第三方提出侵犯其专利权、商标权或其它知识产权而引起的法律和经济纠纷，如因专利权、商标权或其它知识产权而引起法律和经济纠纷，由投递人承担所有相关责任。对所有自愿递交参数征集资料的投递人，我院不给予任何形式的经济和物资补偿，一切费用均由投递人自行承担。

(三)我院有权针对技术参数不了解、不清楚的地方对投递人提供的技术负责人进行询问，投递人应保证相关人员能够及时回复我院的问题。在规定时间内拒绝回复的，视为自动放弃。

(四)投递人为本项目所提供的品牌、参数等技术资料，我院拥有无偿使用权。

附件：南宁市第八人民医院医疗设备参数需求表

南宁市第八人民医院

2022年9月20日

附件：

**南宁市第八人民医院医疗设备参数需求表**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 供应商名称： | 联系人： | 联系电话： |
| 序号和名称 | 货物类别 | 预算单价 |  | 单位及数量 |  |
|  | 医疗设备 | 品牌 |  | 是否进口产品 |  |
| 主要用途 |  |
| 技术参数（核心参数请用★标注）及配置清单 |  |
| 商务服务条款 |  |
| 其他说明： |
| 填报日期： 年 月 日 |