**广州医科大学附属番禺中心医院超短波治疗仪采购项目市场调查公告**

广州医科大学附属番禺中心医院现对超短波治疗仪采购项目进行市场调查，请有意向的供应商按以下要求提交资料。所提交的相关调查资料中如涉及弄虚作假的将被列入我院负面清单。我院对所有参与调查潜在供应商提供的资料有保密的责任。

**一、设备需求清单：**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 设备名称 | 数量 | 应用方向 |
| 1 | 超短波治疗仪（超短波紫外线治疗仪） | 1台 | 儿科 |

1. **技术参数要求**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **设备名称** | **功能\参数需求** | **配置清单** |
| 超短波治疗仪（超短波紫外线治疗仪） | 1. 适用于儿科手足口病，扁桃体炎，疱疹性咽峡炎，压疮，静脉炎，留置针红肿，外伤伤口，口腔溃疡，肛周脓肿。
2. 原理：紫外线辐射波段，照射光导装置。
3. 还用于口腔、肛周部位、深度创面治疗的。
4. 具有口腔紫外线光导保护套用于控制交叉感染。
5. 具有治疗时间过量报警功能。
 | 标准配置 |

**三、报名资料要求：**

**（一）调查材料需求**

**1、设备报价单**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **设备名称** | **厂家/****品牌** | **型号** | **单价****（万元）** | **数量** | **金额****（万元）** | **医疗器械注册证号** | **生产厂家所属企业类型（大型/中型/小微型）** | **保修期** |
|  |  |  |  |  |  |  |  | 三年及以上 |

**★联系人、联系电话；**

**如有尽量提供医疗服务价格、收费编码等信息。**

1. （如有）设备主要选配件及报价

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 产品名称 | 规格型号 | 品牌 | 单价 | 注册证号 | 备注 |
|  |  |  |  |  |  |  |

3. 单台设备详细配置清单

4. 设备技术参数及技术特点

5. 设备及耗材的医疗器械注册证或备案表

6. 公司资质证明材料

**★**7. 中小企业声明函（货物）

8. 同型号设备用户名单（附引进日期）

9. 近3年设备销售参考合同及耗材销售发票或中标通知书（各最少提供3份，优先提供中山医系统、南方医院系统、广医系统、省人民医院等的设备及耗材合同或中标通知书）。

10. 设备彩页、产品介绍

★11.《用户需求书》响应表（要求对技术需求和商务需求作出明确响应，列明具体响应数值或内容）

**（二）生产厂家所属企业类型（大型/中型/小型/微型企业）说明：**根据关于印发中小企业划型标准规定的通知（工信部联企业〔2011〕300号）文件精神，中小企业划型标准如下：

工业类：从业人员1000人以下或营业收入40000万元以下的为中小微型企业。其中，从业人员300人及以上，且营业收入2000万元及以上的为中型企业；从业人员20人及以上，且营业收入300万元及以上的为小型企业；从业人员20人以下或营业收入300万元以下的为微型企业。

**（三）报名材料提交时间**：2025年6月23日—2025年6月30日18:00，后续等通知邀请现场会议。

**1.纸质材料准备：**纸质材料一式六份（一正五副），先寄一份正本纸质材料到医院地点。

**2.电子材料准备：**扫描一份市场调研材料以PDF格式发送邮箱：pyzxyysbk@163.com；压缩包命名规则：项目名称+供应商。

3.后续通过电子邮件/电话通知市场调查会议时间，会议当天准备多带几份纸质材料。

**（四）医院联系方式**

番禺中心医院设备科，黄工，020-34858223

收件地址：广州市番禺区桥南街福愉东路8号儿童发热门诊大楼三楼设备科

附件：广州医科大学附属番禺中心医院超短波治疗仪采购项目市场调查公告

广州医科大学附属番禺中心医院

2025年6月23日