**口腔显微镜采购项目市场调研邀请函**

本院拟采购一批医疗器械需要了解产品市场的动态情况，欢迎医疗器械生产企业或经营企业根据我院对产品的配置要求推荐产品。有意愿的企业可按如下办法参与活动：

1. 采购设备名称和用途：

|  |  |
| --- | --- |
| 设备名称 | 单位 |
| 口腔显微镜 | 台 |

二、参与活动的企业应符合以下资格：

1、必须是中华人民共和国境内注册的独立法人，持有有效的企业法人工商营业执照或“三证合一”证照的企业。

2、必须具有有效期内的医疗器械企业经营许可证或医疗器械企业生产许可证的企业。

3、如果是医疗器械经营企业参加活动必须提供货物生产企业（国产）或总代理（进口）的合法授权书。

4、供应商销售的货物如属于医疗器械管理的产品，必须提供有效期的医疗器械产品注册证和登记表。

5、供应商必须在广东省广州市设有常住办公机构或办公场所。

三、活动时间

1、公告时间：2018年10月18日至2018年10月22日

2、递交调研表时间：2018年10月22日前上班时间（8:00-17:30）

四、活动要求

1、参加活动的企业必须提供资质证明、授权书（经营企业），推荐产品的注册证和登记表；

2、参加活动的企业必须明确推荐产品的产地、品牌、型号、规格和配置，配置清单要与对应的**附件1**配置清单逐一比对，要清楚说明有无偏离。

3、参加活动的企业必须提供报价单和销售记录，销售记录资料是包括企业推荐产品型号和价格的发票、合同或中标通知书复印件，能提供全国知名口腔医院或三甲公立医院的记录资料的更佳。

4、交货期及售后服务

5、以上内容根据**附件2**格式填写并加盖公章。

五、递交调研资料方式和地点

1、上门或快递递交地址：广州市海珠区江南大道南368-1号4楼设备科

2、电子邮件递交邮箱：nykqsbk@126.com

六、活动联系人和电话

1、联系人：丘小姐

2、联系电话：020-84233792

 南方医科大学口腔医院（广东省口腔医院）

 设备科

 2018年10月18日

**附件1：**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 配置项目名称及规格 | 单位 | 数量 | 备注 |
| 1 | 光学系统 |  |  |  |
| 1.1 | 物镜及防护镜 | 套 | 1 | 包括微调装置，配≥6个防护镜 |
| 1.2 | 目镜 | 套 | 1 |  |
| 1.3 | 双目镜筒 | 套 | 1 |  |
| 1.4 | 变倍系统 | 套 | 1 |  |
| 1.5 | 分光器 | 只 | 1 |  |
| 1.6 | 瞳距调节装置 | 套 | 1 |  |
| 2 | 照明及电源系统 | 套 | 1 | 双灯泡照明，一主一备 |
| 3 | 影像系统 | 套 | 1 |  |
| 4 | 支架及移动底座 | 套 | 1 |  |
| 5 | 影像工作站 | 套 | 1 |  |
| 5.1 | 显视屏 | 台 | 1 | ＞21英寸 |
| 6 | 照相机及适配器 | 套 | 1 |  |
| 7 | 摄像机及适配器 | 套 | 1 |  |
| 8 | 脚踏控制器 | 只 | 1 |  |
| 9 | 专用消毒套 | 套 | 2 |  |
| 10 | Wifi服务器 | 套 | 1 |  |

**附件2：**

 **采购设备企业推荐产品信息反馈表**

**项目名称：**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **序号** |  **推荐企业、产品信息** | **备注** |
| 1 | 推荐公司名称 |  | 提供三证合一执照 |
| 2 | 推荐设备名称、产地、型号、规格 |  | 提供彩页及授权书 |
| 3 | 与医院需求产品比对 |  | 要求列出无偏离和有偏离的附件条目 |
| 4 | 推荐产品报价 |  | 人民币单价报价 |
| 5 | 推荐销售记录 |  | 要求列出采购单位的名称和采购日期、提供发票或合同或中标通知书复印件 |
| 6 | 交货期及售后服务 |  | 交货时间、质保时长、维修等内容。 |

 **推荐单位名称（盖章）：**

 **201X年X月X日**