**泗洪县第一人民医院心脏彩色多普勒超声波诊断仪采购项目征求意见公告**

泗洪县第一人民医院就泗洪县第一人民医院心脏彩色多普勒超声波诊断仪采购项目进行市场调研，邀请合格的供应商参与市场调研。有关事项如下：

**一、项目基本情况**

（一）项目名称：泗洪县第一人民医院心脏彩色多普勒超声波诊断仪采购项目

（二）采购需求：

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **标的** | **主要用途及功能** | **预算价（万元）** |
| 1 | 泗洪县第一人民医院心脏彩色多普勒超声波诊断仪采购项目 | 泗洪县第一人民医院拟采购一套心脏彩色多普勒超声诊断仪设备。 合同履行期限：合同签订后45个工作日内供货完毕并交付使用。 | 190 |

**二、供应商资格要求**

（一）具备《中华人民共和国政府采购法》第二十二条规定条件。

（二）落实政府采购政策需满足的资格要求：无。

（三）本项目的特定资格要求：

1.提供所投产品医疗器械注册证或医疗器械经营备案凭证；（生产厂商参与投标的无需提供、第一类医疗器械无需提供）；

2.提供生产企业的医疗器械生产许可证或生产备案凭证；

3.产品的医疗器械注册证或医疗器械备案凭证及附表。

（四）未被列入失信被执行人、重大税收违法案件当事人名单、政府采购严重违法失信行为记录名单。

**三、公告时间**

2024年11月27日 09：00至2024年11月29日17:30。

供应商在宿迁市政府采购网（http://zfcg.sqcz.suqian.gov.cn/）找到本项目获取相关调研文件。

**四、调研提交资料、截止时间和地点**

（一）采购需求响应表

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 标的 | 详细功能、技术参数或服务要求 | 自身优势 | 参考价  （万元） |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

（二）提交证明资料：

1.

2.

3.

……

以上资料加盖供应商公章后扫描发送至邮箱（1289114254@qq.com），其中明确要求供应商提供的征求意见资料请加盖供应商公章。

（三）提交截止时间：2024年11月29日17:30。

（四）供应商应提交截止时间前将电子响应文件发送至邮箱（1289114254@qq.com），逾期未发送的，采购人不予受理。

**五、本次采购联系方式**

1.采购人信息

名称：泗洪县第一人民医院

地址：泗洪县建设北路2号

联系方式：0527-80619993

2.采购代理机构信息

名称：宿迁市永丰工程管理有限公司

地址：泗洪县臻龙国际西北角2楼

联系方式：15366961466