南京市口腔医院调研公告

1.本院内调研项目在南京市口腔医院网站上公开发布，供符合条件的生产企业、经营企业以及潜在供应商前来参加。

2.欢迎生产企业、经营企业以及潜在供应商前来我院介绍产品，同时提交产品资料，资料要求详见**附件1**。

3.只接受现场产品介绍和现场提交材料，不接受电子、传真、邮寄等非现场方式。

4.本公告所述的功能需求无任何针对性、倾向性和排他性，因市场了解的局限性，可能存在某些不足，仅作为我院医疗设备市场调研参考所用。

地址：南京市中央路30号南京市口腔医院二号楼**9楼903会议室签到**，903会议室现场介绍

联系人：王老师

联系电话：83620164

邮箱报名：njkqcgzx2022@163.com（**邮件标题格式：**XX公司XX项目调研报名，**正文格式：**公司名称，联系人，联系电话，**调研产品名称**）

**报名截止时间：2025年5月21日17:00**

**现场调研时间：2025年5月22日14:05交产品资料  14:30现场介绍**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **调研产品名称** | 数量 | 预算总价（万元） | 备注 |
| 手术床 | 2 | 20 | 不接受进口 |
| 蒸汽发生器 | 1 | 18 | 不接受进口 |

纪委监察室电话：025-83620316

**南京市口腔医院采购中心**

（**附件1见下页**）

**附件1：医疗设备产品资料要求，请按下列顺序简单装订（一式四份）**

1、封面：产品名称、公司名称、联系人姓名及联系方式等信息

2、生产厂家和代理公司资质及简介

3、产品资质（包括注册证、国际认证）及简介

4、生产厂家授权书、经销人员身份证复印件

6、**报价表**（人民币或美元，含货至我院指定地点的运输、保险、安装等所有费用）

7、设备相关耗材、维修配件报价表

8、**产品技术参数**

9、售后服务承诺书

10、设备宣传彩页(提供印刷版，打印和复印版无效) 或样机

11、其他医院（以三甲医院为主）销售业绩（如有，请提供）