**重庆市江北区中医院**

**关于举办“放射科所需放射设备”推介会的公告**

为全面了解相关产品信息及市场供应情况，我院近期拟对“放射科所需放射设备”举行产品推介会，诚邀具备合格资质、具有相应供应和服务能力、有意向的单位报名参与，鼓励生产企业直接参与推介。

一、推介产品名称

1、亚64（60-63）排螺旋CT

2、多功能动态平板DR

二、产品市场定位：

1、市场主流品牌。

2、最新型号。

三、产品基础要求

1、亚64（60-63）排螺旋CT要求：具备60-63排探测器，120层以上；具备64排128层螺旋CT相应软件配置及临床高级应用，如：多平面重建（MPR），最大密度投影（MIP），表面遮盖技术（SSD），容积重现（VR），曲面重建（CPR），仿真内窥镜、脏器灌注等通用型软件。心脏血管软件包、体部血管软件包、头颈血管软件包、头颅五官功能软件包、低剂量解决方案等临床高级应用软件。

2、多功能动态平板DR要求：可运用于人体全身遥控透视检查；胸部、腹部、脊柱及四肢的点片摄影，并全面支持G.I.（钡餐、钡灌肠）、内窥镜检查、骨科摄影（全自动全长拼接功能）、儿科摄影、泌尿系造影、介入操作、妇科摄影（子宫输卵管造影等）、脊髓腔造影检查，泌尿系统造影检查，支气管造影检查，血管非血管介入等多方面检查。

四、其他要求

1、每个参与推介的单位只能推介一个型号的产品,多推取消其推介资格。

2、付款方式：分三年期付款（验收合格后付一次；验收合格满12个月付一次；验收合格满24个月付一次）。

3、在重庆市有成熟的原厂售后服务系统，确保设备正常运行。

4、提供盖鲜章的彩页资料及详细的技术参数（须同时提供电子版）。

五、推介会流程

1、PPT讲解：每个厂家讲解时间20分钟，主要内容包括：以上“二、三、四”条所有内容及企业简介、设备基本配置情况及功能特点、产品的优劣点、销售情况、售后服务、同型号安装单位、该推介方案的报价及推介单位认为必要的内容等。

2、专家提问。

六、报名时间及地点

2021年3月6日9:00至2021年3月16日17:00（工作时间），持“附件一、二、三及企业、产品资质文件”到1号楼2212室报名。

七、推介会时间地点

2021年3月17日下午14：30，1号楼5楼学术厅，每家单位限两人参与推介会（需出示渝康码及7天内新冠病毒核酸检查阴性证明）。

八、郑重提示

1、设备厂家和代理商在推介会上所提供的产品相关信息及方案仅助于我院对该设备的认知而并非院内采购行为。正式采购程序将按照《中华人民共和国政府采购法》以及重庆市相关规定办理。

2、报名厂家和代理商对其所提供的资料真实性负责，如有作假，一经发现，三年内禁止参与我院的所有项目。

九、联系人

1、医学装备科 曾老师

电 话：02367739130

2、放射科 刘老师

电 话：02367737900

重庆市江北区中医院

2021年3月5日

**附件一：**

**报名表**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 推介产品品牌及型号 | |  |
| 推介产品注册证号 | |  |
| 报名信息 | 公司名称 |  |
| 公司地址 |  |
| 电话、传真 |  |
| 推介负责人 |  |
| 职务 |  |
| 推介负责人电话 |  |

备注：1.本表内容请认真、准确填写，并加盖公章，持本表现场登记报名，若因填写信息错误导致无法联系到的，取消其推介资格。

2. “推介负责人”处需手写签名。

**附件二 ：**

**法定代表人身份证明书**

推介会名称：“放射科所需放射设备”推介会

致：重庆市江北区中医院：

（法定代表人姓名）在 （供应商名称）任 （职务名称）职务，是（供应商名称） 的法定代表人。

特此证明。

（供应商公章）

年 月 日

（附：法定代表人身份证正反面复印件）

**附件三：**

**法定代表人授权委托书**

推介会名称：“放射科所需放射设备”推介会

致：重庆市江北区中医院：

（供应商法定代表人名称）是 （供应商名称）的法定代表人，特授权 （被授权人姓名及身份证代码）代表我单位全权办理上述设备的推介等具体工作，并签署全部有关文件。

我单位对被授权人的签字负全部责任。

在撤消授权的书面通知以前，本授权书一直有效。被授权人在授权书有效期内签署的所有文件不因授权的撤消而失效。

被授权人： 供应商法定代表人：

（签字或盖章） （签字或盖章）

（附：被授权人身份证正反面复印件）

（供应商公章）

年 月 日