**重庆市江北区中医院**

**关于举办“DSA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“DSA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、DSA

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、所推介型号需有一定的市场占有率（2024年新上市设备无需考虑该指标）、参数配置高、系统平台新、辐射剂量低、操作便捷等特点，满足医院后期发展。

2、满足心脏、神经、肿瘤、外周血管等的综合造影检查及介入治疗。

3、硬件：机架系统、导管床、高压发生器 、X线球管、平板探测器、显示器、控制面板、并行处理系统、图像处理系统、触摸屏系统。（满足但不限于以上内容）

4、临床应用：数字减影功能、蒙片功能、路图功能、心室分析软件、冠脉分析软件、血管三维重建功能、类CT功能、血管分析软件包、去金属伪影技术、剂量管理系统。（满足但不限于以上内容）

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、在重庆市有成熟的原厂售后服务系统，确保设备正常运行。

3、提供盖鲜章的彩页资料及详细的技术参数（须同时提供可编辑的WORD版）。

4、场地设计方案（需满足院感相关要求及导管室使用功能相关要求）。

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、主要参数的详细介绍、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

2024年2月20日9:00至2024年2月26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

2024年2月27日下午14：30，1号楼5楼会议室。

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 李老师

电 话：02367529231

重庆市江北区中医院

2024年2月19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：江北区中医院“DSA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：江北区中医院“DSA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