

盐城市亭湖区人民医院关于腹内压检测仪、睫状体冷冻仪医疗设备采购项目市场调研
公告
(招标编号: /)

项目所在地区: 江苏省盐城市亭湖区

一、招标条件

本关于腹内压检测仪、睫状体冷冻仪医疗设备采购项目市场调研公告已由项目审批/核准/备案机关批准, 项目资金来源为国有资金:12万元, 招标人为盐城市亭湖区人民医院。本项目已具备招标条件, 现招标方式为其他。

二、项目概况和招标范围

规模: 详见市场调研公告

范围: 本招标项目划分为2个标段, 本次招标为其中的:

盐城市亭湖区人民医院关于腹内压检测仪、睫状体冷冻仪医疗设备采购项目市场调研公告

三、投标人资格要求

盐城市亭湖区人民医院关于腹内压检测仪、睫状体冷冻仪医疗设备采购项目市场调研公告:

详见市场调研公告

本项目 允许联合体投标。

四、招标文件的获取

获取时间: 2025-09-06 08:00到2025-09-12 18:01

获取方式: 详见市场调研公告

五、投标文件的递交

递交截止时间: 2025-09-12 18:01

递交方式: 详见市场调研公告

六、开标时间及地点

开标时间: 2025-09-12 18:01

开标地点: 详见市场调研公告

七、其他

详见市场调研公告

八、监督部门

本招标项目的监督部门为盐城市亭湖区人民医院。

九、联系方式

招 标 人：盐城市亭湖区人民医院
地 址：江苏省盐城市亭湖区中亭中路66号
联 系 人：王荣
电 话：13605108992
电 子 邮 件： /

招 标 代 球 机 构：盐城市建业工程咨询有限公司
地 址： /
联 系 人： /
电 话： /
电 子 邮 件： /

招标人或其招标代理机构主要负责人（项目负责人）谢汝焜（签名）
招标人或其招标代理机构： （盖章）

关于腹内压检测仪、睫状体冷冻仪医疗设备采购项目

市场调研公告

各医疗设备生产企业、经营企业：

我院拟采购医疗设备腹内压检测仪 1 台、睫状体冷冻仪 1 台，项目资金已落实，将于近期开展市场调研，欢迎符合条件的医疗设备生产企业、经营企业前来参与。

一、项目名称及预算：

编号	设备名称	数量	预算金额	备注
1	腹内压检测仪	1	8	1、用途：用于 ICU 患者测量腹腔内压力； 2、质保年限≥3 年。
2	睫状体冷冻仪	1	4	1、用途：用于眼科患者视网膜剥离、睫状体、后节、玻璃体切割+冷冻，眼眶肿瘤等眼疾的冷冻治疗； 2、质保年限≥3 年。

二、报名须知：

1、报名时间：2025 年 09 月 06 日至 2025 年 09 月 12 日

2、报名方法：网上报名，请将需加盖参与市场调研供应商的鲜章（如为厂家直接参加只需要加盖厂家的鲜章即可）的医疗设备市场调研报告（见附件 1）和生产厂家（全国总代理）产品授权书以电子文档的方式发送到招标采购管理邮箱：ycthyyzbb@163.com，同时联系电话报名成功与否。

3、邮件命名要求：（项目编号+设备名称）+公司名称

4、联系人及电话：王 荣（招标办）：13605108992

姜海峰（设备科）：18862009997

三、论证安排：

1、市场调研论证会现场提供参与资料：

（1）医疗设备市场调研报告（见附件 1）。

（2）生产厂家和供货商资质及简介。

（3）生产厂家授权书（要求投标公司为产品区域代理，不接受盐城市亭湖区人民医院专项授权）、经销人员身份证复印件、经销人员在投标公司所缴纳社保证明（半年以上）。

（4）产品的医疗器械注册证复印件（含附表）。

（5）医疗设备品牌、型号、配置清单（标准配置及选配件）。

（6）医疗设备的特点及优势，列明核心参数。

（7）与市场主流品牌对比表（参数、性能、占有率、价格等）。

（8）相同规格型号医疗设备用户名单（江苏用户优先，附成交时间）。

（9）近三年内相同规格型号医疗设备医院（以江苏省二、三级以上医院为主）含相应配置清单和价格的清晰合同及发票复印件三份以上（不允许涂黑）。

- (10) 售后服务承诺书。
- (11) 拟推荐医疗设备的彩页。
- (12) 用 A4 纸按上述要求装订“市场调研参与资料”一式四份。

以上所有资料需加盖参与市场调研供应商的鲜章（如为厂家直接参加只需要加盖厂家的鲜章即可）。

2、市场调研论证会最好有商务代表与技术代表同时到场。

3、时间、地点：待定（根据医院工作安排，通知满足我院临床需求的医疗设备报名供应商，主要以邮件回传或电话方式通知参加论证会的具体时间、地点）。

感谢您的参与、支持和配合。

注：本公示不是招标公告，仅作为设备前期市场调研使用，经销商投递的材料不作为投标材料，预算金额可根据调研结果作相应调整。

盐城市亭湖区人民医院

2025年09月05日

附件 1

盐城市亭湖区人民医院医疗设备市场调研报告

一、商务信息				
项目名称				
产品注册证名称 (医疗器械注册证)				
品 牌				
型 号				
供货商名称			生产商名称	
资质审查	营业执照	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无	医疗器械经营许可证	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无
	产品授权	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无	产品登记表	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无
报 价 (附详细配置清单，并注明标准配置、选配件、规格型号及价格)				
联系人、联系方式				
邮 箱				
相同规格型号江苏地区二、三级医院以上主要用户清单 (附购销合同)	医院名称		成交价格	
	医院名称		成交价格	
	医院名称		成交价格	
二、主要技术参数				
核心技术参数 (不多于 5 条)				

推荐型号独有特点 /技术(不多于3条)	
整机质保年限 (要求≥3年)	
一次性用品价格 (如有)	1、 XX, XX 元 2、
消耗品价格 (如有)	1、 XX, XX 元 2、
易损件价格 (如有)	1、 XX, XX 元 2、

备注： 此表格填写后发送可编辑的 word 版本及加盖鲜章的扫描件至市场调研指定邮箱
(ycthyyzbb@163. com) 。