**绍兴市妇幼保健院医疗设备市场调研公告**

近期我院将对以下设备进行市场调研，了解相关产品的型号、性能、功能、市场占有及是否中小企业情况等，请符合条件的供应商积极报名参与。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **设备名称** | **数量****（台）** | **总价****（万元）** |
| 1 | 彩色多普勒超声仪（心脏） | 1 | 200 |
| 2 | 超声治疗仪（超声炮） | 1 | 90 |
| 3 | 低温等离子消融治疗系统 | 1 | 28 |

一、报名时间及相关注意事项

日期：2024年4月26日至2024年5月8日

报名方式：请有意向供应商填写附件表格并发送至

tongfeng2020fby@163.com

二、其它事项：

该调研设备清单不作为最终采购计划（具体以财政部门批复为准），征询内容如有疑问，请联系0575-88216318童老师

三、信息发布网站：

[http://www.sxfby.com](http://www.sxws.gov.cn/)

https://sxws.sx.gov.cn/

**附件**

**绍兴市妇幼保健院医疗设备市场调研表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 设备名称 | 品牌 | 型号 | 报价（万元） | 经销商 | 联系人及电话 | 所投产品是否为中小企业 | 经销商是否为中小企业 | 所投产品用户名单（需与品牌型号一致） |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**请将该表格Word和PDF版（PDF版需报名单位盖章，否则视作无效）及具体参数及功能介绍以附件形式一并发送至邮箱。**

 **报名单位（盖章）：**

 **日期：**