

口腔颌面锥形束计算机体层摄影设备采购

项目院内论证公告

江门市口腔医院就下列采购项目进行采购前论证，兹邀请符合资格条件的供应商报名：

一、需论证的采购项目相关信息：

序号	论证项目名称	预算金额 (万元)	项目简要说明
1	口腔颌面锥形束计算机体层摄影设备采购项目	120	标的名称：口腔颌面锥形束计算机体层摄影设备 标的数量：1 主要功能或目标：用于医疗口腔X射线诊断，提高我院的诊断技术和治疗技术水平。 需满足的要求：设备能全面覆盖口腔临床影像诊断需要：可用于口腔颌面外科检查与诊断，种植牙手术前后的诊断分析，口腔正畸科对牙颌畸形的诊断与诊疗分析，口腔内科、颞颌关节和鼻旁窦诊断分析等。

二、供应商资格条件：

(一)供应商应为依法设立的独立法人机构；

(二)供应商应具备与所销售产品对应的经营范围和生产商的合法有效的授权。

三、供应商报名需按以下内容提交纸质资料并加盖公章：

(一)项目说明书、设备配置清单及技术参数(内容参照项目说明)；

(二)项目报价表(含服务/设备/耗材名称、规格型号、注册证号、产地、数量、含税单价及总价、联系人及联系方式等)；

(三)销售公司对销售代表负责事项的授权，销售代表的身份证复印件；

(四)产品资质、相关的生产、代理或经销资格证明（如营业执照、医疗器械经营许可证、产品注册证等）；

(五) 产品介绍彩页；

(六) 销售业绩及售后服务；

(七)技术人员资质证明及团队介绍；

(八) 国家企业信用信息公示系统的信用记录查询结果(<http://www.gsxt.gov.cn/index.html>)。

四、报名时间及流程：

(一)报名时间：公示期为本公告发布之日起七天(不少于五个工作日)。

(二)报名方式:

1.以“公司名称+项目名称”格式编辑邮件标题，并把报名资料电子版扫描件发送至我院邮箱：jmkouqiang@126.com;

2.纸质材料在报名时间内送达江门市蓬江区永利街5号
江门市口腔医院行政楼2信息科。

五、论证时间及地点:

资格审定通过后，时间及地点另行通知。

六、联系方式:

联系人：洪先生

联系电话：0750-3504322

2024年6月14日

江门市口腔医院