**广州医科大学附属第二医院采购医疗设备招标项目**

**（标的名称：3.0T磁共振成像系统）采购需求**

**问卷调查表**

**一、接受需求调查的市场主体基本情况**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 单位名称 |  | | | |
| 注册资金 |  | | 成立时间 |  |
| 注册地址 |  | | | |
| 邮政编码 |  | | 员工总数 |  |
| 联系方式 | 联系人 |  | 电话 |  |
| 网址 |  | 传真 |  |
| 法定代表人  （单位负责人） | 姓名 |  | 电话 |  |
| 拟提供产品信息 | 品牌型号 |  | 注册证号 |  |
| 制造商名称 |  | 产地 |  |
| 报价 | 元 | 维保报价 | 元/年 |
| 是否进口产品 |  | 制造商是否属于中小微企业 |  |
| 备注 | （可针对本采购项目进行说明） | | | |

（注：供应商可根据实际情况选填，也可以在此基础上外延增加内容）

**二、采购需求反馈意见**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **调查项** | **实际情况、对采购需求的意见或建议等** | | | | | |
| **采购标的相关产业发展情况** | 1.国内对此类项目的供应情况概述。 | | | | | |
| 答： | | | | | |
| 2.现有产品的技术路线、工艺水平、技术水平或行业的发展历程、行业现状等： | | | | | |
| 答： | | | | | |
| 3.可能涉及的企业资质、产品资质、人员资质： | | | | | |
| 答： | | | | | |
| 4.涉及的相关标准和规范： | | | | | |
| 答： | | | | | |
| **市场供给情况** | 1.贵单位是否为此类型项目的唯一供应商？ | | | | | |
| 答： | | | | | |
| 2.请概述贵单位目前的市场占有率大概情况？ | | | | | |
| 答： | | | | | |
| 3.市场竞争程度： | | | | | |
| 答： | | | | | |
| 4.价格水平或价格构成： | | | | | |
| 答： | | | | | |
| 5.潜在供应商的数量、履约能力、售后服务能力： | | | | | |
| 答： | | | | | |
| **贵单位近3年来同类项目历史成交情况** | 合同履行时间 | 采购人 | 合同项目名称 | 合同主要标的名称 | 品牌型号 | 合同价  （元） |
| （XXXX年X月X日-XXXX年X月X日） |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **中小企业是否胜任本项目** | 根据《关于印发中小企业划型标准规定的通知》（工信部联企业〔2011〕300号）进行划分，拟采购标的所在行业制造商属于何种规模企业？拟采购标的所在行业制造商中，中小微型企业是否胜任本项目？ | | | | | |
| 答： | | | | | |
| **供应商资格要求** | 对于供应商资格要求是否有建议？ | | | | | |
| 答： | | | | | |
| **有关技术要求** | 1.基本参数：  （一）主要功能或目标：  1.提供机型为各品牌获得医疗器械注册证的科研级3.0T磁共振机型，且提供最新的高端平台，请注明国内首次注册时间。  2.具备清晰的图像对比度和空间分辨率，成像速度快，能为疾病诊断提供精准的形态信息和丰富的功能信息。适用于人体各系统和各部位的血管性病变、肿瘤性病变、感染性病变、代谢性疾病、先天畸形以及创伤等方面的检查，以及神经系统病变、脑梗塞、脑肿瘤、炎症、外伤等的临床诊断需求等。  （二）需满足的功能要求：  包含磁共振全身临床应用、高级临床及特殊应用，如神经成像、血管成像、心脏成像、乳腺成像、体部成像、肿瘤成像、骨关节成像、儿童成像等。除以上功能外，还需具备以下技术：  1.全身静音技术；  2.压缩感知技术；  3.智能生物感知系统；  4.功能成像：高分辨弥散成像，≥256个方向快速DTI，全身不打药MRA等；  5.快速成像功能；  6.定量研究平台；  7.深度学习功能。  8. 其他特色功能（自行描述）  （三）需满足的配置要求  1.磁体场强：3.0T  2.磁体检查孔径≥70厘米  3.提供全身各部位射频线圈，线圈必须包含但不限于实现头颈部、脊柱、腹部或大范围体部、膝关节、肩关节、足/踝关节、手/腕关节、乳腺等部位的成像，且线圈各部位线圈通道≥16通道  4.提供独立后处理工作站。  5.提供安装场地的适应性修缮、机房电力保障系统（含电缆）及磁屏蔽建设。  6.提供：  6.1稳压电源、冷水机组、精密空调、双向患者通话系统、患者紧急呼叫装置、患者监控系统；  6.2 MR专用管路式高压注射器1套（响应时注明品牌型号）、铁磁体探测器1套、无磁转运床/车1台、无磁降噪耳机2套、无线动物线圈（脑部及体部）各1套、医用影像显示屏5台（24寸 彩色10兆 2台；≥24寸彩色 4兆 3台）。 | | | | | |
| 答：供应商响应参数（请填写产品实际参数）： | | | | | |
| 2.采购标的是否有对应的国家强制性标准？ | | | | | |
| 答： | | | | | |
| **有关商务要求** | 1.请贵单位提供与本项目采购标的相关的质保期、售后服务、采购人使用人员的培训、付款方式及付款比例等方面的建议？ | | | | | |
| 答： | | | | | |
| 2.质保期满后采购人购买全保保修价格为 万元/年？ | | | | | |
| 答： | | | | | |
| **有关交付、验收** | 1.请贵单位提供与本项目采购标的相关的交付、验收条件等方面的建议？ | | | | | |
| 答： | | | | | |
| **后续采购情况** | 可能涉及的运行维护、升级更新、备品备件、耗材等情况： | | | | | |
| 答： | | | | | |
| **建议** | 1.采购标的技术、商务要求的建议 | | | | | |
| 答： | | | | | |
| 2.有利于项目实施的其他建议 | | | | | |
| 答： | | | | | |

注：按表格中要求的调查项，根据实际情况进行填写。贵单位可在“建议”处提出贵单位对本项目采购需求的意见或建议；若无任何意见或建议的，请在对应项处填写“无”。

须附材料：

1、制造商的营业执照、医疗器械生产企业许可证；

2、供应商的营业执照、医疗器械经营企业许可证、制造商授权代理资料；

3、拟提供产品的医疗器械注册证（二类和三类医疗器械需提供）、正版软件授权或计算机软件著作权证明等文件（设备自带信息系统的需提供）；

4、拟提供产品的产品主要参数及配置（技术说明书）、产品彩页、产品检测报告等相关证书。

（接受需求调查的市场主体名称）

（盖章）

年 月 日