

绍兴市人民医院

采购需求调查承诺表填报注意事项

本次填报将作为医院制定采购需求的重要依据，请各供应商认真阅读研究本注意事项和填报表格，如实、细致、准确开展填报工作：

一、本次采购需求调查承诺表中所列设备及数量、预算金额，仅为现阶段工作计划，医院将根据实际工作进展进行调整和完善，最终以财政批复为准。

二、填报时，请供应商根据预算单价及数量，主动联系对接，填报能满足临床实际需求的最新规格型号和配置。

三、绍兴市人民医院镜湖总院医疗设备购置，一律以本次发布的信息为准。

1. 请根据想报名参加的项目，在承诺表中对应项目后面填报相关承诺信息。
2. 填报过程中请勿删除任何栏目或修改表格格式，同一设备项下无法填写的栏目，请用“/”表示。
3. 表格标“*”为必填项。
4. 政府采购品目分类表编码：请根据附表“政府采购品目分类目录（2022年）”，填写设备对应的编码。
5. 产品核心参数：仅针对设备核心参数进行分条列明，数量不

限，核心参数较多的可单独附表。

6. 如设备有专用耗材的，请注明耗材的使用次数，并填写“专用耗材、专用试剂承诺单价（元）”和“是否支持设备免费提供”两栏。通用耗材不必填报。
7. 如设备支持展会“医疗馆”上架的，请填写“展会价格”和“展会链接”两栏。
8. “用户单位”和“省内成交最低价及用户”请优先填写浙江省内三甲医院，并提供相应价格的政府采购网链接。
9. 表格请统一命名为“供应商名称+调研承诺表”。
10. 此表格务必同时提供盖章扫描件和 EXCEL 表。扫描件统一使用 A3 纸，未填报的设备不必打印。
11. 请广大供应商务必根据注册证、说明书、白皮书等批准证明材料客观、如实、仔细填写。由于未正确填写、弄虚作假可能导致的后果，供应商自行承担，造成不良后果的，绍兴市人民医院将依法追究责任。
12. 表格请于 4 月 30 日 20 时前通过以下链接（<https://docs.qq.com/form/page/DYWRsSUdnSGJIeXhv>）报送，可同时填报多个序号。逾期可能造成的后果自负。
13. 填报过程中问题，请联系：绍兴市人民医院设备处郑工，联系电话：15715847880。

感谢广大供应商支持！