

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、确标和签订合同的重要依据，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、本次调研报名设备要求为 2024 年秋季展会医疗馆（非医疗专区）可上架设备。

二、本次采购需求调查承诺表中所列设备及数量、预估金额，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。

三、填报时，请供应商根据预估单价及数量，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。

四、非特殊情况，相同展会项目原则上不再开展其他调研。

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，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. 是否中小微企业填报标准以生产企业属性为标准。

5. 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（投放）”两栏。通用耗材不必填报。
 6. “展会链接”要求填写 2024 年春季展会医疗馆链接。
 7. “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。
 8. 本次调研支持集团采购，请分别填报“承诺单价”和“集团采购单价”。
 9. “可签订展会合同供应商名称”请填写最终可与医院签订展会合同的供应商名称。
 10. 表格请统一命名为“供应商名称+调研承诺表”。
 11. 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。
 12. 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。
 13. 表格请于 6 月 10 日 17 时前通过以下链接（<https://docs.qq.com/form/page/DYXppWVBXZXB6dkRt>）报送，可同时填报多个序号。逾期可能造成的后果自负。
 14. 填报过程中问题，请联系：绍兴市人民医院设备处郦工，联系电话：15167516028。
- 感谢广大供应商支持！