**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，客观、如实、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，医院将根据上级批复和实际工作进展进行调整和完善。**

**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.是否中小微企业填报标准以生产企业属性为标准。

6.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。

7.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/人次）”和“是否支持设备免费提供”两栏。通用耗材不必填报。

8.如设备支持2025年春季展会“医疗馆”上架的，请填写“展会价格”和“展会链接”两栏。

9.“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。

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。供应商一旦参加本次调研，视同对填报信息的真实性负责并作出承诺。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2025年4月9日17时前通过以下链接（https://docs.qq.com/form/page/DYXVud2dFT0NTVU9D）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：0575-88558643。

感谢广大供应商支持！