# **赤峰市医院床旁血糖检测设备及配套试剂耗材需求调查公告**

我院拟对床旁血糖检测设备及配套试剂耗材开展需求调查，欢迎符合资格条件的供应商报名参加，具体要求如下：

1.供应商必须具备独立法人资格，营业执照具有以上采购内容的经营范围。

2.生产企业须提供加盖鲜章的《医疗器械生产许可证》、《医疗器械注册证》（含医疗器械产品注册登记表）、营业执照复印件。

3.经营企业须提供加盖鲜章的《医疗器械经营许可证》、《医疗器械注册证》（含医疗器械产品注册登记表）、营业执照复印件。

4.将下表中的调查信息填写完整，A4纸打印并加盖单位公章。

5.请将相关资料单独密封，并在封面注明公司名称、联系人、联系电话及所报项目的包号及名称。

6.调查截止时间：2023年12月15日17:00。

7.调查资料送交地址：赤峰市医院门诊楼7楼招标采购办公室。

联系人：孙老师 王老师 联系电话：0476-8890631。

**赤峰市医院床旁血糖检测设备及配套试剂耗材需求调查表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **包号** | **项目名称** | **临床检测需求** | **推荐设备名称** | **推荐设备品牌** | **推荐设备规格型号** | **推荐设备生产厂家** | **推荐设备单价****（单位：元）** |
| 1 | 床旁血糖检测 | 床旁检测血糖 | 1 |  |  |  |  |
| **配套试剂名称** | **配套试剂品牌** | **配套试剂规格型号** | **配套试剂生产厂家** | **配套试剂单人份价格****（单位：元）** |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |
| 单位名称（盖章）： 填报日期：联系人： 联系电话： |