附件1

**滨 州 医 学 院**

**大型仪器设备购置论证报告**

仪器设备名称

申购单位（签章）

使用单位

申购负责人(签字)

联系人 联系电话

电子邮箱

填报日期 年 月 日

资产管理处制

填 写 说 明

1.凡申购单价在人民币10万元（含）以上仪器设备或单台（件）价格不足10万元，但属于成套购置或需配套使用，整套在人民币10万元（含）以上的仪器设备，均需填写此表

2.申购单位为各部门、单位、院（系）。

3.使用单位为各教研室、实验室及科研院所等。

4.本表作为论证报告，使用单位须认真逐项填写表内各栏，填写信息须真实、准确。如有关栏目填写内容较多，可加附页。本表用A4纸双面打印。

1. 申购设备概况

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 设备  名称 | |  | | | | 规格型号 | |  |
| 项目名称 | |  | | | | 归口管理部门 | |  |
| 进口 | | 是□ 否□ | | 属于省级政采进口目录 | | | | 是□ 否□ |
| 设备属性 | | 普通类□ 放射类□ 特种设备类□ | | | | | | |
| 推荐品牌  （至少满足三个品牌,单一来源除外） | | 品牌 | | 型号 | | | 生产厂家 | |
|  | |  | | |  | |
|  | |  | | |  | |
|  | |  | | |  | |
| …… | |  | | |  | |
| 申购数量 |  | 预算  单价 | 元 | | 总金额 | | 元 | |
| 预算依据 | 简述预算测算主要依据，如：供应商报价、网上询价、校内外同类产品采购价格等。 | | | | | | | |
| 主要  功能及用途 | 简述主要功能及用途（200字以内） | | | | | | | |
| 主要参数及性能指标 | 简述主要配置参数指标  **(三个品牌的具体参数请在附件尾页 滨州医学院参数细化表描述)** | | | | | | | |

二、必要性论证

|  |  |
| --- | --- |
| 设  备  购  置  必  要  性 | 简述拟购设备的必要性，设备可支撑的学科、校内相关研究方向或团队，校内外同类设备运行情况及不满足需求的理由。  预计使用机时： 小时/年 |

三、可行性论证

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1、经费落实情况（对应空格如无可填信息请留空，来源须明确预算项目名称、经费负责人） | | | | | | | | | | | | | |
| 购置设备所需资金 | | | | 万元 | | | 来源： | | | 资金到账 是□ 否□ | | | |
| 实验室改造资金 | | | | 万元 | | | 来源： | | | 资金到账 是□ 否□ | | | |
| 配套设备购置资金 | | | | 万元 | | | 来源： | | | 资金到账 是□ 否□ | | | |
| 年度运行维护经费 | | | | 万元 | | | 来源： | | | 资金到账 是□ 否□ | | | |
| 2、运行保障情况 | | | | | | | | | | | | | |
| 技术保障 | 负责人 | | | |  | | | 职称 |  | 联系电话 | |  | |
| 管理人员配备情况 | | | |  | | | 职称 |  | 专管□ 兼管□ | | | |
|  | | | 职称 |  | 专管□ 兼管□ | | | |
| …… | | | 职称 |  | 专管□ 兼管□ | | | |
| 3、环境及配套设施情况（对应空格如无可填信息请留空） | | | | | | | | | | | | | |
| 仪器安装地点 | | | □校内 校区 楼 层 室 | | | | | | | | 是否需要上下水改造 | | 是□  否□ |
| □校外（具体安装地点到房间） | | | | | | | |
| 面积 | | | m2 | | | | | | 房间数 | | 间 | | |
| 用电 | | | 仪器最大用电功率 | | | KW | | | 实验室最大供电功率 | | KW | | |
| 共  享  承  诺 | | | 同意纳入学校大型仪器设备开放共享平台统一管理。    设备申购负责人：  年 月 日 | | | | | | | | | | |
| 申购单位意见：  经本单位核实，申购设备必要可行，配套条件齐备，同意申购。  负责人签字：（学院需院长、书记会签）  单位公章  年 月 日 | | | | | | | | | | | | | |
| 论证意见 | | 同意采购□ 不同意采购□ | | | | | | | | | | | |
| 论证小组组长：  参加论证会人员：    年 月 日 | | | | | | | | | | | |

附件

滨州医学院大型仪器购置参数细化表

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 设备名称 | 数量 | 预算金额 | 品牌及  型号 | 参数要求 |
| 1 |  |  |  | 品牌1 |  |
| 2 |  |  |  | 品牌2 |  |
| 3 |  |  |  | 品牌3 |  |
| ... |  |  |  |  |  |

**注：1.本表作为档案存入招标材料中，请各部门、院系认真填写。**

**2.参数指标能同时满足三个以上品牌。**

**3.请明确标注出哪个是进口设备，如不标注视为国产设备**

参数制定人及联系方式：