**北京大学医学部**

**申请购买大型仪器设备可行性论证报告**

**仪 器 名 称：**

**项目负责人:**

**填 表 人：**

**填 表 日 期： 年 月 日**

**论 证 日 期： 年 月 日**

**经 费 来 源：**

**经费主管部门：**

 **编号：***（不填）*

|  |
| --- |
| **一、项目单位基本情况** |
| 单 位 |  学院（临床医学院、所） 系（室、中心） |
| 项目负责人 |  | 职称/职务 |  |
| 联系电话 |  | 电子邮件 |  |
| 项目经办人 |  | 联系电话 |  |
| 电子邮件 |  | 手 机 |  |
| **二、申购仪器设备概况** |
| 仪器设备名称 |  |
| 英 文 名 称 |  |
| 详细规格型号 |  |
| 参考厂商及国别 |  |
| 计量单位 |  | 申购数量 |  |
| 计划金额 | **人民币（元）：**   |
| 是否进口免税 | * 是 □ 否 （请打“√”）
 |
| 经费来源 |  |
| 申请日期 |  |
| 希望到货日期 |  |

|  |
| --- |
| **三、申购理由**（主要以下几方面说明） |
| 1．该仪器设备涉及的研究领域与学科平台，以及应用领域和应用前景等；2．承担在研科研项目（省部级及以上项目）；3．人才培养及学科建设对该仪器设备需求的必要性和紧迫性。 |
| **四、主要技术指标及配置**（阐明该仪器设备和主要配件的先进性和适用性） |
|  |
| **五、辐射安全与防护：** |
| 设备是否属于射线装置：□否 □是（请打“√”），射线装置类型： 设备是否含有放射源： □否 □是（请打“√”），放射源的类型：  |
| **六、选购仪器设备的前期调查情况** |
| 1、拟采购仪器设备的市场调查情况（包括该类仪器的功能指标、产品质量、科学性先进性等）及国内外同类型设备使用情况描述：2、提供不少于三家国内、国外厂商同类型仪器设备的供应商名称、仪器性能、型号、价格等（按优先顺序）：3、如需要通过免税进口该仪器，请说明进口该设备的必要性及可行性（主要从“与同类国产设备相比”来阐述）4、本单位现有同类仪器设备的购置年代、使用情况和利用率等 |
| **七、仪器设备采购相关准备工作落实情况** |
| 所需的辅助、配套、前处理仪器设备（包括必须的标样等消耗品）落实情况及运行费来源： |
| **八、课题负责人承诺：仪器设备购置后满足如下条款：** |
| 1、年使用最低机时数： 2、详细安装地点的落实情况（安装地点、房间面积、电力供应、防磁、防震等）： （如属临床医学院用于教学科研免税进口设备，安装地点必须为教学科研的实验室，不能用于医院对外服务业务，即放置地点不为“医院”的“门珍”、“住院”或“医疗”、“诊断”等工作场所）3、使用、管理仪器设备的人员技术力量及落实情况（姓名、职称、专管还是兼管）：4、同意按照医学部相关大型仪器设备管理规定加入医学部大型仪器设备共享平台，仪器设备购置后在满足本课题组教学科研需要的同时，对其他教学科研单位开放共享。 课题负责人签名：  年 月 日 |
| **九、院（系、所）、中心领导意见** |
| 以上拟购仪器设备所需的安装条件均已满足，其中：仪器设备安装地点位于 （临床教学活动仪器必须填写教学科研的实验室如：\*\*\*科研楼\*\*\*实验室 ），必要的辅助、配套、运行、前后处理仪器设备等相关经费 元、管理人员 （填写姓名）、 、 、均已落实，若出现因考虑不周而发生的费用由本院（系、所、中心）负责解决，如不能解决，同意由学校从以后的经费下拨计划中扣除。仪器设备购买后如出现运行管理、使用效益评价不合格的，同意按照学校有关规定处理。以上拟购仪器设备二级单位同意采购。 负责人签字：（临床医学院由其设备采购部门领导签字即可）  年 月 日 |