报价单

至中山市小榄人民医院：

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 名称 | 数量 | 单位 | 型号 | 产地 | 质保期 | 单价 | 总价 |
|  | 1 | 套 |  |  |  |  |  |
| 厂家是否为中小微企业（□是 □否），如果是，请提供相应证明文件。 | | | | | | | |

报价有效期： 天

报价公司（盖章）：

报价联系人：

联系方式：

报价时间：

所需资料如下：

1. 贵公司资质（营业执照、医疗器械经营许可证/第二类医疗器械经营备案凭证/食品药品经营许可证）
2. 所报产品的详细技术参数、配置清单、医疗器械注册证
3. 厂家资质（营业执照、生产许可证）

注：上述材料需贵公司盖章。

采购需求响应表

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 参数要求 | 正/无/负偏离 | 偏离情况 |
| 1 | 此球管需能安装在本院现有Siemems AXIOM Aristos MX 序号2428设备上使用 |  |  |
| 2 | 此球管必须无损于本院上述设备里的全部现有功能 |  |  |
| 3 | 安装此球管时，不可对本院上述设备做任何硬件、软件或配置调试上的变更与修改 |  |  |
| 4 | 供应商需负责此球管安装时所需要的全部调试 |  |  |
| 5 | 供应商须确保上述本院系统的图像品质与辐射曝露剂量均符合设备原始设计规范参数 |  |  |
| 6 | 型号OPTITOP 150/30/50HC-100 |  |  |
| 7 | 提供制造商出厂检验报告 |  |  |
| 8 | 提供原厂证书 |  |  |
| 9 | 两个焦点 |  |  |
| 10 | 大焦点≦1.0mm, 小焦点≤0.6mm |  |  |
| 11 | 阳极热容量≥600,000 HU |  |  |
| 12 | 阳极散热率≥120,000 J/min |  |  |
| 13 | 小焦点功率≥ 43KW @ 热输出0W |  |  |
| 14 | 大焦点功率≥ 50KW@ 热输出300W |  |  |
| 15 | 冷却方式：风冷 或 油冷 |  |  |
| 16 | 最大输出电压≥145KV |  |  |
| 17 | 射束品质Al 2.5mm滤片 |  |  |
| 18 | 支付期次如下：  1期：支付20%。签订合同后，成交供应商须提供相同金额的收款收据，采购人支付合同金额的20%。  2期：支付75%。经协议规定的验收机构书面确认验收合格后，成交供应商开具全额发票，采购人确认发票无误后一个月内支付合同总金额的75%。  3期：支付5%。在合同约定的质保期满后，采购人一次性无息支付合同总金额的5%。 |  |  |
| 19 | 供货要求：签订合同后30日内完成设备的安装调试。 |  |  |