表1

采购需求书

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **申请科室** | 产科 | |
| **项目名称** | **动态血压监测仪** | |
| **预算金额** | 7.98万 | |
| **数量** | 1套 | |
| **采购要求** | **（一）项目基本要求**  1．交货地点：中山市小榄人民医院  2．交货时间：合同签订日起30个工作日内完成整个项目的交付和验收。  3．未经采购人同意，成交供应商不得以任何方式转包或分包本项目。  4．成交供应商必须派专业技术人员到采购人现场培训操作人员，由此产生的费用均由成交人承担。  **（二）项目采购清单**   |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | 序号 | 采购物品 | 产地 | 规格参数 | 单位 | 数量 | | 1 | **动态血压监测仪** | 进口 | 详见技术要求 | 台 | **7** | | 2 | **动态血压分析系统软件(含数据线)** | / | 所配软件为该机型的最新版本 | 套 | **2** |   **（三）技术参数要求**  **设备用途**：患者 24小时动态血压监测  **总体要求：**整机原装全新进口产品，所配软件为该机型的最新版本。  **一,主要技术规格参数及配置要求：**  1、测量方法：振荡示波法  2、测量精度: +3mmHg  3、测量范围：收缩压：60-280mmHg  舒张压：25-200mmHg  心 率：40-200bpm  4、液晶显示屏、同时显示收缩压、舒张压和平均压。  5、血压检测仪具有自动重测功能。  6、充气时，噪声小，超静音设计。  7、动态血压盒子装2节5号电池，能记录长达48小时或以上。  8、任意设置自动测量协议，支持昼夜不同时间间隔测量，且能跟据患者情况，设置特定时间测量；测量间隔：5、10、15、20、30、60、120分钟等多种时间间隔选择。  9、有手动测量功能，也能设置锁定按键，避免患者自行测量。  10、测量准确，每次测量完，能采集到50个以上时间点的数据。  11、有强大的数据库管理，支持多种登陆模式，医院可自己设置登陆用户名和密码。  12、分析软件中文界面。  13、能自动生成分析报告，具备数据表图、趋势图、血压升降图、柱状图等统计数据以及心率血压收缩压乘积。  14、袖带有专业的防滑设计,保证测量结果可靠，且袖带方便清洗。  15、产品通过欧盟CE认证或美国FDA认证。  16、配置要求：充气袖带能配置小号、中号、大号规格，充气管接头每个盒配两个以上。  17、要求不锈钢接头。  18、商务条款：投标人应具备合法资质和产品相关证件，注册证要求有效期内。  **（四）包装、装卸、运输、保管及保险**  1．成交供应商所供货物包装质量必须符合国家相关标准，货物的包装均应有良好的防湿、防锈、防潮、防雨、防腐的措施，货物要求有包装材料保护运至现场。凡由于包装不良造成的损失和由此产生的费用均由成交人承担。  2．成交供应商负责根据用户指定的安装地点,将货物材料送到现场过程中的全部运输，包括装卸车、货物现场的搬运，由此产生的费用均由成交人承担。  **（五）验收**  1．本项目设备的验收标准参见《小榄镇政府采购验收管理办法》。  **（六）投标报价要求**  1．投标报价为到采购人的交货价。  2．投标报价为含税价。  3．成交人须开具与谈判响应文件中投标单位名称、投标报价一致的发票。  4．缺项、漏项的报价为无效报价。  **（七）备品备件**  1．备件库及厂家维修站：在广东省内。  **（八）售后服务要求**  1．全部设备整机质保3年，在售后期内, 成交供应商在接到用户的维修（因质量问题）通知, 响应时间为半小时，工程师到达现场时间为4小时，排除故障时限为到达现场后8小时。建立维修合同。  2．如果产品故障在检修12小时后仍无法排除，乙方应在24小时内提供不低于故障产品规格型号档次的备用产品供甲方使用，直至故障产品修复  3. 需提供中文版说明书；  4. 需给操作医生及院内工程师提供院内培训一周或至医师熟练操作并掌握仪器性能为止；  5. 需提供保修期满后的年保费用。  6．软件终身免费升级  7．质量保证金为合同总额的5%，质保期后100%无息退还。  **（九）付款办法**  付款方式：合同签订后乙方按合同协议时间提供货物，并经协议规定的验收机构书面确认验收合格后，开具全额发票，甲方确认发票无误后一个月内支付合同总金额的95%；合同总金额的5%作为售后服务保证金，在质保期满后一次性无息退还。 | |
| 产品/供应商信息 | | |
| 序号 | 品牌、型号/内容 | 供应商联系方式 |
| **1** |  |  |
| **制定人签字： 科室负责人签字：**  **日期：** | | |