**中山市小榄人民医院医疗设备市场调研报名报价信息表**

（以下资料**一式一份**且均须**加盖公章**。请按以下顺序**扫描成一个文档**）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **第一部分：医疗设备** **1、设备报价表：**含完整配置的设备报价

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **设备注册证名称** | **品牌/厂家** | **型号** | **产地** | **数量（台）** | **质保2年的设备报价（万元）** | **设备使用年限**（本院不接受使用年限低于5年的设备） | **制造商性质** |
|  |  |  |  |  |  |  | **□中型 □小型 □微型** |

**第二部分：设备配套耗材****▲如设备不需配套耗材或试剂，请提供厂家出具不需专机专用耗材的保证函；****如需使用配套耗材或试剂，请按以下资料顺序整理。**1. **产品报价表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **国家医保医用耗材编码（27位）** | **耗材/试剂中文名称** | **型号/规格** | **生产企业** | **产品注册证** | **单位** | **最高限价（元）** | **优惠供货单价（元）** | **通用耗材/专机耗材** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**备注：**请将常用规格型号的耗材全部报价，若型号规格过多，同一单价的择一报价。**2、耗材成本占收费标准的比率：（耗材成本占收费标准的比率=耗材成本/医疗服务价格\*100%）**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **检测项目名称** | **耗材成本（元）** | **医疗服务价格（元）** | **比率** | **备注** |
|  | 按检查频次由高到低填写 |  |  |  |  |

**第三部分：维修零配件报价（如有）****1、维修报价表**：

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **主要及消耗性配件中文名称** | **型号/规格** | **单位** | **最高限价（元）** | **备注** |
|  |  |  |  |  |  |

**第四部分：市场调研情况****1、项目所涉设备发展历程、技术路线、技术发展方向及临床应用情况。****2、项目所涉设备涉及的相关标准和规范，操作人员资质要求。****3、设备优点：****4、市场占有及销售记录：**（1）提供广东省三甲医院客户名单或全国知名医院用户，相关能证明拟报名品牌产品市场占有率的文件。（2）提供其它不少于3家三甲医院成交记录（广东省内三甲医院优先）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **医院名称** | **购买时间** | **成交单价（万元）** | **保修年限（年）** |
| 1 | 甲医院（填医院名称） |  |  |  |
| 2 | 乙医院（填医院名称） |  |  |  |
| 3 | 丙医院（填医院名称） |  |  |  |

**5、场地需求：提交设备安装的场地需求文件。（如有）** |
| 供应商名称： 联系人： 联系电话： 邮箱： |
| 报价时间： |

**需提供产品资质：**

（1）盖章版市场调研报价信息表

（2）参数偏离情况表

（3）设备的医疗器械注册证及其附页或备案凭证及备案信息表（如有）、设备说明书、产品彩页、配置清单。

（4）耗材的医疗器械注册证及其附页或备案凭证及备案信息表、耗材说明书（如有）。

（5）供应商及厂家证件（营业执照、医疗器械经营许可证/备案凭证、生产许可证、授权书等）。

**参数偏离情况表**

**填写要求：**

1、请按用户需求的要求**逐条响应**，正负偏离参数请备注说明。

2、其中带★的参数是**必须完全响应**的参数。

3、所投产品的**参数满足率≥90%**方视为满足需求的合格产品。

1. **技术要求：**（请按用户需求里的技术要求及配置要求逐条响应）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 技术参数项目 | 技术参数及配置要求 | 完全响应或正/负偏离 | 偏离情况说明 |
| 1 |  | 1.1 |  |  |
| 1.2 |  |  |
|
| 1.3 |  |  |
| 2 |  | 2.1 |  |  |
| 2.2 |  |  |
| 2.3 |  |  |

1. **商务要求：**（请按用户需求里的商务要求逐条响应）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 商务参数项目 | 商务要求 | 完全响应或正/负偏离 | 偏离情况说明 |
| 1 |  | 1.1 |  |  |
| 1.2 |  |  |
|
| 1.3 |  |  |
| 2 |  | 2.1 |  |  |
| 2.2 |  |  |
| 2.3 |  |  |

**采购需求书**

1. **总则：**

1.投标供应商报价应包括标的设备（原装、全新合格的设备）、相关附件、配套设施、税费、运费、保险费、仓储费、安装调试、培训、质保等的全部费用，在项目实施过程中出现报价内容的任何遗漏，均由中标供应商负责相关费用，采购人将不再支付任何费用。

2.采购需求中凡有“★”标识的内容条款为关键条款，投标供应商必须对此作出回答并完全满足这些要求不可以出现任何负偏离，对这些关键条款的任何负偏离将视为无效投标。加注“▲”的内容为重点评标项目，投标供应商必须对该标识项目按照要求进行真实应答描述。

3.★投标供应商应该符合《医疗器械经营质量管理规范》和《医疗器械监督管理条例》规定，并结合本项目特性提供有效的医疗器械产品注册/备案证明材料和投标供应商的经营许可/备案证明材料。

4.本文的“质保期”是指中标标的物经约定的验收机构完成验收之日起算，截止中标人承诺的期限。

1. **基本需求**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 项目名称 | 需求科室/部门 | 数量（套） |
| 手术无影灯（落地移动式） | 介入中心 | 1套 |

核心产品：LED手术无影灯

用途：用于介入手术室的照明，最大程度地减少由手术者的局部遮挡而造成的工作区域阴影。

1. **技术参数：**

|  |
| --- |
| **参数要求：*** 1. 采用LED冷光技术，每组LED光源都有单独的透镜聚光。
	2. LED灯珠使用寿命≥60000小时。
	3. 手术灯使用年限≥10年。（提供设备铭牌图片证明）
	4. ▲灯盘一体成型，无螺钉设计，无拼接缝隙，具有良好层流穿透效果，扰流指数＜20%。符合现代层流手术室感控要求。（提供第三方扰流指数检测报告以及灯盘实物图片证明）
	5. 手术灯灯盘直径≥58cm，厚度≤8cm，轻薄设计，便于操作。（提供实物图片证明）
	6. 灯头操作扶手与灯头一体成型，方便清洁。
	7. 手术灯灯头≥IP55防水防尘等级。（提供防水防尘认证证明文件）
	8. 最大中心照度≥160,000Lx。
	9. 20%光柱深度≥1200mm。（提供第三方检测报告证明）
	10. ▲光斑直径可以调节，最小光斑直径d10≤140mm，最大光斑直径d10≥300mm。（提供第三方检测报告证明）
	11. ▲光斑均匀性：d50/d10≥59%。（提供第三方检测报告证明）
	12. 深腔照明率100%。
	13. ▲显色指数Ra：≥99。（提供第三方检测报告证明）
	14. 显色指数R9：≥97。（提供第三方检测报告证明）
	15. 具备术中色温调节功能， 3500K-5000K，≥4级可调。
	16. 光源功率≤40W，节能环保。（提供使用说明书证明文件）
	17. 辐照度/中心照度≤3.5 mW/( m2·lx)
	18. 手术灯配高性能充电电池，确保手术灯在无交流电源供电状态下工作≥10h；充电电池无需保养和维护,可长时间使用；同时具有交流电源供电功能，确保最大的安全性。
	19. 四个≥75mm直径大脚轮，移动灵活。
	20. 质保期≥2年。
 |

1. **每套设备配置要求（包含但不限于）：**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 名称 | 要求 | 数量 | 单位 |
| 1 | 灯头及弹簧臂 | 采用高性能弹簧臂，原厂铭牌标识使用寿命≥10年 | 1 | 个 |
| 2 | 推车系统 | / | 1 | 个 |
| 3 | 可消毒手柄 | 消毒手柄通过生物相容性测试。安全耐用，方便清洁和操作。 | 1 | 个 |
| 4 | 装饰罩 | 安全可靠，原厂铭牌标识使用寿命≥10年 | 1 | 套 |
| 5 | 电池 | 供电工作≥10h | 1 | 个 |

1. **商务要求：**

**1.交货及安装、验收要求**

1.1交货地点：采购人指定地点。

1.2交货期：中标供应商应当在中标通知书发出之日起**30日**内按采购需求及中标人的投标文件确定的事项与采购人签订合同，签订合同后 **30日**内完成设备的安装调试。

1.3中标供应商须保证中标后所提供的设备为原装、全新合格的产品；且原装进口产品生产日期与交货日期差值**≤12个月**；国产产品生产日期与交货日期差值**≤3个月**。

1.4中标供应商负责派技术人员到现场进行安装调试，直至验收合格，安装调试所需费用应包含在投标总报价内；同时提供培训服务，必须保证需求科室操作人员融会贯通，培训所需费用全部包含在总报价内。

1.5验收方式：按《小榄镇公立医院政府采购和验收办法》。

**2.售后服务要求**

2.1中标供应商必须在中国境内有售后服务机构，并附有售后服务能力说明。

★2.2中标供应商须提供设备原厂质保（设备原厂质量保修范围和保修期）至少为 2 年。

2.3在售后期内，中标供应商在接到用户的维修通知，响应时间为半小时内，工程师到达现场时间为4小时内，排除故障时限为到达现场后8小时内。

2.4如果产品故障在检修12小时后仍无法排除，中标供应商应在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采购人使用，直至故障产品修复。

**3.付款方式**

★3.1本合同的每笔款项以人民币转账方式支付，合同设备到采购人指定地点交付并完成安装，验收合格后，中标单位凭：

（1）合同；

（2）验收调试合格报告（加盖采购人公章）；

（3）中标供应商开具的正式发票（加盖发票专用章）。

★3.2

具体付款方式：本合同分二期支付，第一期：乙方按合同协议时间提供货物，并经协议规定的验收人员书面确认验收合格后，开具全额发票，甲方确认无误后一个月内支付合同总金额的95%的款项。第二期：合同总金额的5%的款项在质保期后无息支付。