**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：拟报名品牌产品对比其他产品的优势对比:**  **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） |
| 冰冻切片机 | 病理科 | 1 |

核心产品：主机整机，UV消毒系统，刀架，刀夹及样品托。

用途：冰冻切片机用于**术中快速病理诊断。**在手术过程中，医生可以从手术切除的组织中取出小块，利用冰冻切片机快速制片，病理医生在短时间内即可完成切片、染色和诊断。这样可以为手术医生提供实时的病理诊断信息，帮助决定手术范围和方案的调整。对于指导手术和快速决策具有重要意义。

1. **技术参数：**

|  |
| --- |
| **参数要求：**  1.具备双压缩机制冷，实现腔体与样本头单独制冷，轻松处理脂肪与致密组织  2.刀架制冷：采用冷空气循环和刀架送风技术  3.环保：带HEPA空气净化系统，确保安全的实验室环境  4.冷冻箱：冷冻箱制冷温度 ≤ -35℃，冷冻箱采用不锈钢无缝焊接  5.除霜功能：冷冻箱具备自动除霜功能并可编程，可设置24小时自动除霜一次，除霜时长快至12分钟。样本头制冷系统可进行电加热器除霜，除霜时长可快至15分钟。  6.速冻架：速冻架冷冻位点数 ≥ 17个，速冷架制冷温度 ≤ -42℃  7.快速制冷位点：具备Peltier快速制冷位点，位点数 ≥ 2个，可为速冻架提供额外制冷，并采用一键式额外制冷时间设置功能。额外制冷时间可达10分钟，并与速冻架温差可达17℃。  8..机身控制面板：控制面板设计有电动粗进、切片和修块按键式控制按钮，并有指示灯提示功能。在样品回缩时面板有闪灯提示，控制面板需含有样品头快速回位功能、样品头以20um恒定前移和后移功能、样品头快速前移功能。  9..半刀切片：具备半刀切片功能，可进行半刀切片。  10.切片厚度范围：1-100 um。  11.修片厚度：修片厚度设置范围1-600 um。修块值超出切片厚度 200 μm 时，控制面板显示屏闪烁，明确通知操作者切片过厚。  12.环境安全：设备机身采用抗菌银离子涂层技术，可有效阻止细菌与微生物在设备表面繁殖。  13.人员安全：具备UVC紫外消毒系统，有效灭活新冠病毒、HIV、分枝杆菌肺结核、甲型流感病毒、脊髓灰质炎病毒、真菌、肝炎病毒等有害微生物和病毒，提供第三方检测实验室认证。  14.消毒系统可预设置30分钟中等消毒与180分钟强效消毒2种消毒模式。  15.最大可切片样品尺寸：50 mm x 80 mm  16.滑窗加热：具备滑窗加热功能，以避免滑窗产生雾气或结冰  17.废液收集容器：液体冷凝物收集在易于拿取的废液收集容器中  18.照明系统：有明亮光照的人体工程学冷冻柜足够宽敞，可以高效处理多个样本。  19.工具拖盘和储存架：用于工具、玻璃载玻片、染色容器和冷冻包埋剂存放，方便立即拿取。  20.带有编码位置的大型速冻架有助于跟踪多个样品。 |

**四、每套设备配置要求：**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 名称 | 要求 | 数量 | 单位 |
| 1 | 主机整机 | 要求：稳定可靠的性能，能够提供恒定的温度控制，具备快速冷冻和切片功能。配制应符合设备的技术规格和操作要求，包括冷冻温度范围、切片速度、切片厚度调节等。 | 1 | 台 |
| 2 | UV消毒系统 | 高效杀菌消毒，确保切片过程中的卫生安全。配制包括紫外线灯管、反射器、控制装置等，以及定时和自动关机功能。 | 1 | 套 |
| 3 | 刀架 | 能够稳固地安装和更换切片刀，便于操作和维护。配制通常包括刀架主体、刀片夹具、刀片固定螺丝等。 | ≥1 | 个 |
| 4 | 刀夹 | 用于固定切片刀，确保切割过程中刀片稳定。配制通常为金属制成，具有适当的尺寸和形状以适应特定的刀片。 | ≥1 | 个 |
| 5 | 样品托 | 用于承载和固定待切片的样品，便于操作和切片。配制通常为耐低温材料制成，形状和尺寸应根据样品的大小和形状来选择。 | ≥5 | 个 |
| 6 | 工具包 | 包含用于安装、维护和操作冰冻切片机的各种工具。配制通常包括螺丝刀、扳手、镊子、刷子等。 | ≥1 | 套 |
| 7 | 防卷玻璃 | 用于防止切片过程中样品卷曲，保证切片质量。配制应为耐低温、透明且具有一定硬度的玻璃材料。 | ≥1 | 个 |
| 8 | 冷冻压锤 | 用于在切片过程中对样品施加压力，帮助保持样品的稳定和切片的顺利进行。配制通常为金属制成，具有一定的重量和尺寸，以适应不同的样品和切片要求。 | **≥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**≤6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。