**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** | **注册证号** | **产地** | **数量（台）** | **质保2年的设备报价（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（如有）**  **▲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。如有质控液、校准品等需备注校准时间间隔；试剂需备注测试数**   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** | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   **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**（**要求与市场上同档次主流品牌进行对比，且不少于两个品牌）**  **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:**   |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | **参数内容** | **拟报名品牌型号产品** | **其他品牌1** | **其他品牌2** | **其他品牌3** | | 填拟报名产品品牌型号 | 填品牌1品牌型号 | 填品牌2品牌型号 | 填品牌3品牌型号 | | 填参数内容1 | 填拟报名产品情况 | 填品牌1情况 | 填品牌2情况 | 填品牌3情况 |   **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（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**

**1.设备使用年限≥5年**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **品目号** | **设备名称** | **需求科室/部门** | **数量（套）** | **设备预期用途及其配置** |
| 1-1 | 血管流量计 | 综合手术室 | 1 | 用于测量血流速度和流量，应用于在心血管外科手术过程中进行术中引导和质量控制，并对外科手术文件进行记录。主要由传感器、信号处理器、显示器、电源、数据接口和外壳构成。 |
| 2-1 | 全自动血液分析流水线 | 检验科 | 1 | 用于血常规检测项目。含推片机、阅片机及其配套软件和信息管理系统。投标供应商投标报价包含连接医院LIS系统所需费用 |
| 3-1 | 医用核酸分子杂交仪 | 检验科 | 1 | 用于核酸分子的杂交。通常由控温模块和控制面板模块等组成。原理一般为碱基互补原则。检验科用于HPV基因分型、生殖道支原体分型检测。 |
| 4-1 | 彩色多普勒超声诊断仪（高端） | 超声科 | 2 | 用于超声成像、测量与血流运动信息采集供临床超声诊断检查使用。以全身功能为主的彩超。 |
| 5-1 | 放射科 | 256层CT球管 | 1 | 设备名称：X射线计算机断层摄影设备(iCT)；机身号:100429，型号：Philips Brilliance iCT；产地：美国 |
| 6-1 | 关节镜系统（1拖2） | 骨二科 | 1 | 用于诊断：通过内窥镜观察关节内部结构，诊断关节炎、软骨损伤、韧带撕裂等。  治疗：进行微创手术，如半月板修复、软骨移植、韧带重建等。含2套4K摄像头、光纤、显示器、关节镜镜头、镜鞘、穿刺钝头。另含关节镜下手术器械一批。详见附件大概参数配置 |

1. **技术参数：**

**4-1彩色多普勒超声诊断仪（高端）**

1. 2套超声设备均为全身应用机型，妇幼楼超声科需要三个探头：腹部凸阵、浅表线阵、腔内探头；
2. 综合楼超声需要4个探头：腹部凸阵、浅表线阵、血管线阵、腔内探头

**6-1 关节镜系统（1拖2）**

**一．摄像主机**

* 1. 集摄像系统/LED光源系统、图像录制存储系统三位一体。

1.2、图像输出分辨率≥3840x2160，逐行扫描。

1.3、≥2个3840\*2160P的HDMI输出接口，用于扩展监视器的连接，实现4K影像的二次输出 。

1.4、具有≥1个HDMI、≥1个VGA输出接口，可扩展至任意主流输出模式实现影像二次传输。

1.5、≥5种专业手术场景，根据不同手术及镜头预设，保证最佳的视频还原。

▲1.6、多种操控模式：主机按键、摄像头手柄按键、红外遥控器。

1.7、一键自动白平衡，自动背光补偿功能。

1.8、主机≥1个USB 2.0 接口，支持图像和视频自动USB存储，支持最大存储空间≥10小时。

1.9、宽动态范围功能：自动对手术黑暗部分进行补亮，且明亮部分亮度保持不变。

1.10、主机具有增益调节，可对边缘细节、血管增益、感光度、背景噪音等进行调节。

1.11、主机具有色彩调节功能，可对亮度、对比度、色彩、高亮抑制、GAMMA等进行调节。

1.12、摄像主机集成白平衡、图像录制、冻结等功能，可通过遥控器、主机面板进行视频和图片的采集。

▲1.13、电子放大：1.1-3倍。

**二．4K摄像头手柄**

▲2.1、≥1/1.8英寸 逐行扫描8M PIX CMOS传感器。

2.2、传感器总像素≥3840(H)x2160(V)。

2.3、自动电子快门。

2.4、摄像头4个遥控按键可实现包括白平衡、放大/缩小、冻结功能按键 。

2.5、防水等级IPX≥7。

▲2.6、支持低温等离子消毒、环氧乙烷消毒、液体浸泡消毒。

**三．LED冷光源:**

3.1、LED冷光源，功率≥30W。

3.2、光源显色指数≥90。

3.3、色温介于5000-7000K。

3.4、光源照度≥750000 lx。

▲3.5、连续无级可调光源亮度，0%-100%旋转按钮调节。

3.6、光源寿命≥20000小时。

▲3.7、导光束支持高温高压消毒、环氧乙烷消毒、低温等离子消毒。

**四．关节镜镜头**

▲4.1、高清关节镜，支持高温高压灭菌。

4.2、工作直径4.0mm工作长度175mm，视向角30°;

工作直径2.7mm工作长度110mm，视向角30°。

4.3、蓝宝石玻璃镜面，抗划痕、耐磨损。

▲4.4、激光焊接工艺，密封、防雾。

4.5、配套双阀镜鞘，配套穿刺锥。

五、射频消融及刨削系统主机

1、 ▲主机控制台需满足功能≥2种，即射频消融和刨削两种功能，可以为一体机或分体机。

2、▲ 通过控制台或脚踏开关，可以控制射频消融电极及刨削手机两种功能，控制方式≥2种，即控制台和脚踏，并可控制射频消融电极及刨削手机。

3、 控制台及脚踏均设有快速切换按钮，可实现射频消功能及刨削功能的之间的快速互换

4、 ▲主机可以兼容刨削手机种类 ≥ 3种。

5、 控制台具备USB接口，实现用户个性化设置信息的导入。

6、 主机可存储多个用户偏好设置，可以医生姓名保存自定义设置，实现快速检索选定设置

7、 具有液晶显示屏，屏幕尺寸≥ 5.0 英寸，液晶显示屏具有背光照明，亮度可调，对比度可调。

8、具有用户偏好设置功能，可通过专用界面进行自定义设置。可设置功能 ≥ 9 种

9、 液晶屏幕显示显示参数信息 ≥11种，包括：射频刨削功能提示，刀头种类，脚踏连接提示，射频切割凝血功能提示，射频切割功率档位，凝血功率档位，连接射频电极名称，连接刨削刀头名称，刨削正转反转往复转功能提示，刨削转速显示，刨削手机按键触发启动模式。

10、可实时显示所接纳刨削刀头，射频电极名称及工作状态，功率，转速等信息，如能明确是最好。

11、主机具备声音提示功能，声音音提示信号 ≥ 8种，包括射频消融提示，刨削手机提示，系统自检，周边设备连接提示，射频电极连接提示，刨削刀头连接提示，射频切割模式提示，射频凝血模式提示，系统报错等。

12、▲具有射频消融电极自动识别功能。

13、射频输出最大功率≥390瓦，功率强劲。

14、射频消融切割功率多档可调，调节档位 ≥ 11 极，提供不同切割效果。

15、射频消融凝血功率多档可调，调节档位 ≥3极，提供不同凝血效果。

16、刨削功能，具备≥3种运转控制模式

六、电动刨削及射频消融系统脚踏开关

1、脚踏为全封闭，防水设计，防水等级IPX7级 。

2、脚踏具有压力感应，实现无级变速功能。

3、脚踏控制按键数量≥5个，包括正转，反转，往复转，无级变速，冲洗功能、手机切换

4、▲脚踏按键可个性化自定义编程，可设定脚踏多种控制功能，设定种类 ≥ 20种，包括：正转反转，速度增加，速度减少，冲水开关，冲洗方式，冲洗增减，强力Flush冲水，高低速度切换，无极变速，往复转切换，运行方式切换（无极变速，非无极变速，单速），手机切换，摇窗功能，单触开关。

七、电动刨削手机

1、刨削手机具有手动控制功能，功能按键≥3个，功能包括但不限于往复转、正向转、反向转。

2、▲刨削手机转速：≥12,000转/分

3、手机重量：＜1磅

4、▲刨削手机具有自动识别刀头功能，可实时显示所接纳刨削刀头工作状态，功率，转速等信息

5、无级调速具备自动扭矩反馈系统，转速及扭力始终保持最佳条件。

6、带有芯片识别技术，自动识别各种刨刀及磨头型号，并自动激活与之最匹配的运转模式

7、按键式刀头释放，刀头拆装简单，无需工具

8、手控按键具有不同颜色及数字标识

9、具备可360°旋转带角度的吸引接头，吸引力强，避免管路缠绕现象

10、▲手柄可兼容2.0mm至5.5mm间的刨刀及磨头

11、手机按键依用户需要进行可编程，编程功能≥8种：包括启动停止，冲水，正转，反转，往复转，高速低速切换，转速增加，转速减少，摇窗功能等

12、具备自动扭力反馈系统

13、控制模式≥3种转速

14、▲可高温高压消毒灭菌

15、**以上设备使用年限≥5年**

16、耗材限价

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 耗材名称 | 规格 | 最高限价（元） |
| 1 | 射频电极 | 各规格 | 2500 |
| 2 | 刨刀 | 各规格 | 700 |

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。（按项目调整，进口最长不超1年，国产半年）

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》。

★1.6投标供应商须在投标文件提供该项目完整的授权书。

**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 1 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：合同签订后，中标供应商按合同协议时间提供设备，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，采购人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%，作为第二期款项，在 质保期满后一次性无息支付。