**正本/副本**

**湛江市第一中医医院采购需求及询价会**

**（编号： ）**

**需求调研报名资料**

**项目名称：**

**品 牌：**

**型 号：**

**报名单位名称（盖章）：**

**报名单位地址：**

**报名单位联系人：**

**联系方式：**

**邮 箱：**

**备注：**

**1、每个项目一份产品资料书，不接受装订不规范的文件。**

**2、产品资料书纸质版外包装使用此封面，封口处贴封条并加盖公章。**

**目 录**

**[一、报名表 3](#_Toc17187)**

**[二、功能要求响应情况表 4](#_Toc29778)**

**[三、产品易损零配件、高值零配件及易消耗零配件情况 7](#_Toc12551)**

**[四、产品是否有专机专用耗材或无须耗材承诺函 8](#_Toc24410)**

**[五、产品安装场地要求条件 9](#_Toc12813)**

**[六、产品白皮书及产品彩页 10](#_Toc6619)**

**[七、资质审查 11](#_Toc32737)**

**[八 用户名单 12](#_Toc1025)**

**[九 售后承诺 13](#_Toc11400)**

**[十、 产品报价单 14](#_Toc24852)**

**一、报名****表**

**报名表**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **公告名称** | 湛江市第一中医医院 采购需求及询价调研公告  （编号： ） | | |
| **公告项目名称** |  | | |
| **报名单位名称**  **（加盖公章）** |  | | |
| **报名单位地址** |  | | |
| **报名时间** | **202 年 月 日** | | |
| **报名单位联系人** |  | | |
| **报名单位座机** |  | | |
| **联系人手机号码** |  | | |
| **报名单位电子邮箱** |  | | |
| **产品名称** | **（注：一个产品一张报名表）** | | |
| **产品型号** |  | | |
| **生产厂家** |  | | |
| **产品数量** |  | | |
| **医疗器械类别** | □一类 □二类 □三类 □未纳入管理类 | **国产/进口** | □国产 □进口 |
| **产品单价（含税）** |  | | |
| **产品总价（含税）** |  | | |
| **质保期（年）** |  | | |

**二、功能要求响应情况表**

**背心自动排痰仪要求响应情况表**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **序号** | **设备名称：**背心自动排痰仪 | |
| **一** | **功能要求** | **报名公司响应** |
| 1.1 | 具备振动排痰能力。 |  |
| 1.2 | 模拟人工叩击、震颤的物理作用。 |  |
| 1.3 | 松动气道内粘稠痰液，促进其向大气道移动。 |  |
| 1.4 | 便于患者咳出或后续吸痰操作。 |  |
| **二** | **是否需要配套使用耗材** 是□ 否 ☑  **是否专机专用耗材**  是 □ 否 ☑ |  |
| 2.1 | **耗材名称及价格** |  |
|  | 无 |  |
| **三** | **配置要求** |  |
| 3.1 | 主机 |  |
| 3.2 | 充气背心（中码、大码）各一件 |  |
| 3.3 | 背心内衬（中码、大码）各一件 |  |
| 3.4 | 胸带一件（必备） |  |
| 3.5 | 手持开关 |  |
| 3.6 | 连接气管 |  |
| 3.7 | 电源线 |  |
| 3.8 | 车 |  |
| 3.9 | 合格证/保修卡、使用说明书 |  |
| **四** | **服务要求** |  |
| 4.1 | 交货期（10）天 |  |
| 4.2 | 整机原厂保修期限≥（5）年 |  |
| 4.3 | 是否在广东省进口目录清单内 是 □ 否 ☑ |  |
| **五** | **其他要求（若有）** |  |
| 5.1 | 无 |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **六** | **设备技术参数表（请在此处将设备技术参数填写完整）** | | |
|  | 对应参数（如果核心/重要参数请标识★/▲） | 参数对应功能描述 | 是否满足3家 |
| 6.1 |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**参会单位需要提供详细准确的技术参数，对提供的资料的真实性负责，如有作假，一经发现，立即取消资格，二年内禁止参加我院所有项目的调研询价邀请。**

**双通道注射泵要求响应情况表**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **序号** | **设备名称：**双通道注射泵 | |
| **一** | **功能要求** | **报名公司响应** |
| 1.1 | 具备DPS动态压力监测系统，条形和颜色显示，实时数字显示管路压力状态 |  |
| 1.2 | 具备速度模式、时间模式、剂量模式、药物模式、序列模式等5种注射模式 |  |
| 1.3 | 彩色大屏幕≥3.5寸，亮度1-10档可调，整机重量不超过3.5kg(不含电池) |  |
| 1.4 | 自动识别注射器规格：5ml、10ml、20ml、30ml、50ml/60ml |  |
| 1.5 | 阻塞回撤功能：当管路阻塞报警时，自动回撤管路压力 |  |
| 1.6 | 适用注射器：适用于符合国家标准的注射器 |  |
| 1.7 | 联机功能：具备A、B通道联机功能，适用于药物的不间断推注，保证没有任何中断的连续给药，维持血药浓度稳定 |  |
| 1.8 | 常见的各种报警功能 |  |
| **二** | **是否需要配套使用耗材** 是□ 否 ☑  **是否专机专用耗材**  是 □ 否 ☑ |  |
| 2.1 | **耗材名称及价格** |  |
|  | 无 |  |
| **三** | **配置要求** |  |
| 3.1 | 双道注射泵主机 1台 |  |
| 3.2 | 电源线 1条 |  |
| 3.3 | 合格证/保修卡、使用说明书 |  |
| **四** | **服务要求** |  |
| 4.1 | 交货期（15）天 |  |
| 4.2 | 整机原厂保修期限≥（5）年 |  |
| 4.3 | 是否在广东省进口目录清单内 是 □ 否 ☑ |  |
| **五** | **其他要求（若有）** |  |
| 5.1 | 无 |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **六** | **设备技术参数表（请在此处将设备技术参数填写完整）** | | |
|  | 对应参数（如果核心/重要参数请标识★/▲） | 参数对应功能描述 | 是否满足3家 |
| 6.1 |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**参会单位需要提供详细准确的技术参数，对提供的资料的真实性负责，如有作假，一经发现，立即取消资格，二年内禁止参加我院所有项目的调研询价邀请。**

**无创呼吸机要求响应情况表**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **序号** | **设备名称：**无创呼吸机 | |
| **一** | **功能要求** | **报名公司响应** |
| 1.1 | 主机及湿化器一体设计。采用安全气道设计，加温管路不直接与机器主机连接取电，无需对主机内部气路进行消毒。 |  |
| 1.2 | 同时具备无创通气模式、高流量模式。 |  |
| 1.3 | 彩屏尺寸≥4.3英寸。 |  |
| 1.4 | 整机重量3kg，方便移动。 |  |
| 1.5 | 通气模式具备:持续气道正压通气模式(CPAP 模式)、自主模式(S 模式)、时控模式(T 模式)、自主/时控模式(S/T 模式)、压力控制模式(PCV 模式)、智能压力控制容量保证模式（VGPS模式）、高流量氧疗模式(HFNC 模式)。 |  |
| 1.6 | 压力范围:4~40cmH20。 |  |
| 1.7 | 吸气触发灵敏设置范围:1-8档，呼气触发灵敏设置范围:1-8档。 |  |
| 1.8 | 最小吸气时间范围:0.3~4.0s可调，最大吸气时间范围:1.0~4.0s可调。 |  |
| 1.9 | 压力释放等级：1-7档可调。 |  |
| 1.10 | 病人自主出发和机控触发方式以波形颜色区分。 |  |
| 1.11 | 监测参数：流量、露点温度、氧浓度、ROX指数、潮气量、分钟通气量、吸呼比、气道压力、吸气时间、漏气量、呼吸频率。 |  |
| 1.12 | 具备氧浓度调节功能，机器内置控氧模块，无需外接空氧混合阀或流量计。具备超声实时氧浓度监测系统，无氧电池消耗，氧浓度自动调节，范围:21%~100%。 |  |
| 1.13 | 流量、温度、浓度一体化调节并显示。 |  |
| 1.14 | 具备高流量/低流量氧疗模式，2-80L/min 流量可选。 |  |
| 1.15 | 智能省氧模式SmartO2，不影响呼气流量情况下，提高氧气使用率。 |  |
| 1.16 | 配备智能语音助手，提示医护人员及时准确处理报警 |  |
| **二** | **是否需要配套使用耗材** 是□ 否 ☑  **是否专机专用耗材**  是 □ 否 ☑ |  |
| 2.1 | **耗材名称及价格** |  |
|  | 一次性使用加热呼吸管路 |  |
| **三** | **配置要求** |  |
| 3.1 | 无创呼吸机主机 |  |
| 3.2 | 车 |  |
| 3.3 | 合湿化器 |  |
| 3.4 | 说明书 |  |
| 3.5 | 合格证 |  |
| 3.6 | 无创呼吸机控制软件 |  |
| **四** | **服务要求** |  |
| 4.1 | 交货期（15）天 |  |
| 4.2 | 整机原厂保修期限≥（5）年 |  |
| 4.3 | 是否在广东省进口目录清单内 是 □ 否 ☑ |  |
| **五** | **其他要求（若有）** |  |
| 5.1 | 无 |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **六** | **设备技术参数表（请在此处将设备技术参数填写完整）** | | |
|  | 对应参数（如果核心/重要参数请标识★/▲） | 参数对应功能描述 | 是否满足3家 |
| 6.1 |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**参会单位需要提供详细准确的技术参数，对提供的资料的真实性负责，如有作假，一经发现，立即取消资格，二年内禁止参加我院所有项目的调研询价邀请。**

**心电图机要求响应情况表**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **序号** | **设备名称：**心电图机 | |
| **一** | **功能要求** | **报名公司响应** |
| 1.1 | ≥5 英寸屏 800×480 高清彩色液晶显示，触摸屏，操作简便 |  |
| 1.2 | 机器轻巧便携，重量小于1kg（不含电池和记录纸)，便于查房和出诊使用 |  |
| 1.3 | 具有自动心律失常延长打印功能 |  |
| 1.4 | 共模抑制比：≥140dB |  |
| 1.5 | 输入阻抗:≥50MΩ(10Hz) |  |
| 1.6 | 除颤保护：具有抗除颤电击保护功能 |  |
| 1.7 | 导联线：导联线内附抗除颤电击保护功能 |  |
| 1.8 | 联网，传导患者信息及心电图到心电图室接收 |  |
| **二** | **是否需要配套使用耗材** 是□ 否 ☑  **是否专机专用耗材**  是 □ 否 ☑ |  |
| 2.1 | **耗材名称及价格** |  |
|  | 无 |  |
| **三** | **配置要求** |  |
| 3.1 | 主机 1台 |  |
| 3.2 | 心电导联线 1根 |  |
| 3.3 | 胸电极 1盒 |  |
| 3.4 | 肢电极 1盒 |  |
| 3.5 | 电源线 1条 |  |
| 3.6 | 电池 1个 |  |
| 3.7 | 网络线1条 |  |
| 3.8 | 合格证/保修卡、使用说明书 |  |
| **四** | **服务要求** |  |
| 4.1 | 交货期（15）天 |  |
| 4.2 | 整机原厂保修期限≥（5）年 |  |
| 4.3 | 是否在广东省进口目录清单内 是 □ 否 ☑ |  |
| **五** | **其他要求（若有）** |  |
| 5.1 | 无 |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **六** | **设备技术参数表（请在此处将设备技术参数填写完整）** | | |
|  | 对应参数（如果核心/重要参数请标识★/▲） | 参数对应功能描述 | 是否满足3家 |
| 6.1 |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**参会单位需要提供详细准确的技术参数，对提供的资料的真实性负责，如有作假，一经发现，立即取消资格，二年内禁止参加我院所有项目的调研询价邀请。**

**中央监护系统(一拖7)要求响应情况表**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **序号** | **设备名称：**中央监护系统(一拖7) | |
| **一** | **功能要求** | **报名公司响应** |
| 1.1 | 中央监护系统支持对监护设备心电（ECG），ST段，心率(HR)，呼吸(RESP)，血压(NIBP)，血氧(SpO2)，脉率(PR)，体温(TEMP)，双有创血压(IBP),等参数值及波形的显示。 |  |
| 1.2 | 在护士站，中央监护软件支持扩展四屏显示，同时接入的监护仪台数最大不低于120台。 |  |
| 1.3 | 中央站软件可接收、储存和打印血气分析仪测试报告，内容包括：PH、PO2、PCO2、Na＋、K＋、CL-、Ca++、 Hct、Glu、Lac, 10项参数 |  |
| 1.4 | 支持双向控制功能，通过中央站系统可以控制床边监护仪血压测量与报警设置等项目。 |  |
| 1.5 | 采用无线、有线等方式联网通讯，支持床边监护仪和遥测设备共用一套网络联网通讯，同时接入的监护仪台数最大不低于1200台。 |  |
| 1.6 | 一体化多参数监护仪，彩色显示屏＞12英寸，分辨率不低于1280\*800，支持同屏显示10道波形以同时观察丰富的信息。 |  |
| 1.7 | 具备心电、呼吸、无创血压、有创血压、血氧饱和度、脉率和体温监测功能。可升级双血氧、十二导心电监测。支持升级心电信号进行诊断分析 |  |
| 1.8 | 配有锁屏键，避免在某些使用中误操作，用户通过点击进入锁屏状态。 |  |
| 1.9 | 实时监测弱灌注指数（PI），测量范围0-20% |  |
| 1.10 | ≥33种心律失常分析，包含st段分析，QT实时监测 |  |
| 1.11 | 连续无创血压全新血压监测方法，避免无创袖带血压监测间隙期的盲区，“以线代点”及时发现血压突然升高或者突然下降趋势 |  |
| 1.12 | 具备24h心电概览、24h血压概览方便临床更好的回顾并且的变化趋势 |  |
| **二** | **是否需要配套使用耗材** 是□ 否 ☑  **是否专机专用耗材**  是 □ 否 ☑ |  |
| 2.1 | **耗材名称及价格** |  |
|  | 无 |  |
| **三** | **配置要求** |  |
| 3.1 | 电脑主机(含软件） 1台 |  |
| 3.2 | ≥22英寸液晶显示器 1台 |  |
| 3.3 | 监护仪主机 7台 |  |
| 3.4 | 成人血氧传感器 7 个 |  |
| 3.5 | 血压气管延长管 7条 |  |
| 3.6 | 血压袖套 7套 |  |
| 3.7 | 心电导联线（3和5导联，抗除颤）各1套，共7套 |  |
| 3.8 | 成人体表体温探头 7个 |  |
| 3.9 | 双有创压 7个 |  |
| 3.10 | 合格证/保修卡、使用说明书 |  |
| **四** | **服务要求** |  |
| 4.1 | 交货期（15）天 |  |
| 4.2 | 整机原厂保修期限≥（5）年 |  |
| 4.3 | 是否在广东省进口目录清单内 是 □ 否 ☑ |  |
| **五** | **其他要求（若有）** |  |
| 5.1 | 无 |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **六** | **设备技术参数表（请在此处将设备技术参数填写完整）** | | |
|  | 对应参数（如果核心/重要参数请标识★/▲） | 参数对应功能描述 | 是否满足3家 |
| 6.1 |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**参会单位需要提供详细准确的技术参数，对提供的资料的真实性负责，如有作假，一经发现，立即取消资格，二年内禁止参加我院所有项目的调研询价邀请。**

**三、产品易损零配件、高值零配件及易消耗零配件情况**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 零配件类型 | 序号 | 名称 | 规格/型号 | 价格 |
| 易损零配件 | 1 |  |  |  |
| 2 |  |  |  |
| 3 |  |  |  |
| … |  |  |  |
| 高值零配件 | 1 |  |  |  |
| 2 |  |  |  |
| 3 |  |  |  |
| … |  |  |  |
| 易消耗零配件 | 1 |  |  |  |
| 2 |  |  |  |
| 3 |  |  |  |
| … |  |  |  |

**四、产品是否有专机专用耗材或无须耗材承诺函**

（如果有专机专用耗材，需要写明具体耗材）

**五、产品安装场地要求条件**

**六、产品白皮书及产品彩页**

**七、资质审查**

**（一）制造商**

1、营业执照（三证合一的只需提供一种）

2、医疗器械生产许可证或生产备案凭证（非医疗器械产品不用提供）

3、医疗器械经营许可证或经营备案凭证（非医疗器械产品不用提供）

4、中小企业声明函（中小企业提供）

**（二）供应商**

1、营业执照（三证合一的只需提供一种）

2、医疗器械经营许可证或经营备案凭证（非医疗器械产品不用提供）

3、中小企业声明函（中小企业提供）

4、制造商授权代理资料

5、法人证明及法人身份证复印件

6、法人授权函及被授权人身份证复印件

**（三）产品**

1、报名型号的医疗器械注册证（非医疗器械产品需提供相关说明）

2、正版软件授权或计算机软件著作权证明等文件（设备自带信息系统的需提供）

**（四）本项目涉及的相关证件汇总**

**相关证件汇总表**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **证书名称** | **证书有效期** | **颁发机构** |
| 1 |  |  |  |
| 2 |  |  |  |
| 3 |  |  |  |
| 4 |  |  |  |
| 5 |  |  |  |
| 6 |  |  |  |

**八、用户名单**

近三年广东省三甲医院客户名单或全国同级别医院用户名单

**九、售后承诺**

1. **产品报价单**

**一、报价单**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **产品名称** | | **品牌** | | | **规格型号** | | | **产地** | **数量** | | **单价(万元)** |
| **1** |  | |  | | |  | | |  |  | |  |
| **...** |  | |  | | |  | | |  |  | |  |
| **报名总价金额：￥ 万元； 大写： 万元整** | | | | | | | | | | | | |
| **2** | **产品租赁服务报价** | | **￥ 万/年** | | | | | | | | | |
| **配置清单** | | | | | | | | | | | | |
| **序号** | **名称** | | **品牌** | **型号规格** | | | **产地** | **数量** | | | **单位** | **总价（元）** |
| **1** |  | |  |  | | |  |  | | |  |  |
| **...** |  | |  |  | | |  |  | | |  |  |
| **质保年限** | | |  | **质保内容（如质保期内免费更换的备品备件、耗材等、运行维护、升级更新、人工费用等）** | | | | | | |  | |
| **设备使用年限** | | |  |
| **制造商名称** | | | | |  | | | | | | | |
| **制造商是否中小企业** | | | | | **□微型企业 □小型企业 □中型企业 □大型企业** | | | | | | | |
| **制造商联系人** | |  | | | **联系人电话** | | | | | |  | |
| **供应商名称** | | | | |  | | | | | | | |
| **供应商是否中小企业** | | | | | **□微型企业 □小型企业 □中型企业 □大型企业** | | | | | | | |
| **供应商联系人** | |  | | | **联系人电话** | | | | | |  | |

注：

1、本次报价为设备含税价格包括了货物从出厂到保修期内维修维护以及运输、税费等一切费用。

2、本次供应商的调研响应报价不代表最终投标价格。

**供应商名称(加盖公章)：**

**日期：**