**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）** | **单价（元）** | **总价（元）** | **设备使用年限**（本院不接受使用年限低于5年的设备）**（年）** | **保修期（年）** | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   **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。**   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（能做几人份）** | **生产企业** | **产品注册证** | **单位** | **线上限价（元）** | **线下供货单价（元）** | **耗材类别：通用/专机** | **备注** | | **1** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | **2** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   **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、①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%）。请将质控与校准成本计算在检测项目的耗材成本中**   |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **序号** | **检测项目名称** | **耗材成本（元）** | **医疗服务价格（元）** | **比率** | **备注** | | **1** | 按检查频次由高到低填写 |  |  |  |  |   **②质控和校准成本（如有）**   |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **序号** | **校准项目/质控项目名称** | **耗材成本（元/次）** | **频次（一个月几次）** | **备注** |  | | **1** | **校准** |  |  |  |  | | **2** | **质控** |  |  |  |  |   **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** | | **1** |  |  |  |  |  |   **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（上述表格）

（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、厂家设备技术参数

（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） |
| 无创脑血氧饱和度监护仪 | 麻醉科 | 1 |

核心产品：无创脑血氧饱和度监护仪

用途：无创脑血氧饱和度监护仪可在患者麻醉过程中实时监测其脑氧指标，能够及时发现患者脑组织缺氧缺血，从而提示临床采取必要措施，避免脑组织由于缺氧缺血导致的脑损伤，降低术后神经系统后遗症的发生率。

1. **技术参数：**

1.▲实时、无创、同步、同屏显示（rSO2局部组织氧饱和度）、（StO2组织氧饱和度）、（SpO2脉搏血氧饱和度）、（THI组织血红蛋白指数）、（CHbO2氧合血红蛋白浓度）、（ΔCHb脱氧血红蛋白浓度变化）、（ΔCtHb总血红蛋白浓度变化）、（BL基线值）、（ΔBL基线变化量）、（AUC曲线下面积）、信号质量。

2.探测光源：五种不同波长的近红外LED： 735nm、760nm、810nm、840nm 、850nm、单个探头的光源及接收器≥3个。

3.▲具备报告打印功能，报告中年龄单位具备“天”和“岁”可选。

4.★设备通道数：主机通道数最大可6通道，开通≥5通道，标准配置4通道。

5.信号质量：各个通道五级信号质量显示，逐级量化显示更利于观察。

6. 原始数据一秒呈现一次，并可手动编辑去除伪差。

7. ▲单套设备具备同时监测两个不同场景的病人的功能，如：病房内监测和病房外转运同时使用。

8．具备无线脑血氧监测系统。

9．▲（rSO2）、（StO2）、（SpO2）误差≤1.5%，须提供临床试验报告。

10.★设备使用年限≥5年。

11.一次性耗材须单独报价，有独立医疗器械注册证。

12.可重复性使用耗材须单独报价。

13.符合中山市收费项目：局部组织氧饱和度监测310100045N，项目内涵：通过放置于颅骨或躯体上的发光电极，感应局部组织氧饱和度的变化。除外内容：传感器探头。说明书中标明具体含有项目内涵的信息位置。

1. **每套设备配置要求：**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 名称 | 要求 | 数量 | 单位 |
| 1 | 无创脑氧监测仪主机（中文操作系统） | 显示血氧饱和度数值及报警提示功能；  实现数据的存储和管理及导出；  输入、管理患者信息，配置通道；  6通道同步采集，外接显示；  7吋（彩色）液晶屏，支持触摸屏操作。 | 1 | 台 |
| 2 | 电源线 | 网电源与主机的供电连接 | 1 | 条 |
| 3 | 集线器 | 连接主机与探头 | 1 | 个 |
| 4 | 脑血氧探头 | 完成脑血氧的无创、连续、实时监测 | 2 | 套 |
| 5 | 组织血氧探头 | 完成组织血氧的无创、连续、实时监测 | 2 | 套 |
| 6 | 一次性用脑血氧探头 | 用于脑氧饱和度监测 | 2 | 片 |
| 7 | 一次性用组织血氧探头 | 用于组织氧饱和度监测 | 2 | 片 |

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》。

★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 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。

★2.5 合同签订后，在合同履行期间，若中山市医保价格出现下调，则相应检测项目的成本应按同比例减少；若合同设备所涉及的检测项目被纳入广东省集中采购目录，则应按照集中采购的定价执行。

**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。