**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） |
| CT高压注射系统 | 放射科 | 1 |

核心产品：CT高压注射系统

用途：CT增强检查高压注射对比剂

1. **技术参数：**

|  |  |
| --- | --- |
| 参数描述 | 性能参数 |
| 设备类型 | 活塞式多患者管路 CT高压注射系统 |
| 空气检测 | 三个进口传感器和一个出口传感器；包括蓄液器空气检测和自动排气。主动式空气管理技术：无需人工干预主动式排除空气泡，注射之前自动完成蓄液器内排气，杜绝液体内气泡被注射进入人体，杜绝中止注射 |
| 无需人工干预主动式盐水填充患者管路排气 | 自动检查新插入的患者管路，并自动完成盐水填充患者管路排气（杜绝因操作失误致气泡被注射进入人体），检测排气流程无需人工干预 |
| 废液桶满液检测 | 自动检测废液桶满液并提醒处理 |
| 显示器 | 扫描室和控制室的两个显示器相互独立，界面操作风格一致，操作结果同步；支持WIFI，可选择有线；全彩色；触屏；现代化图形用户交互界面；扫描室显示器大小12-13英寸，控制室的是15-16英寸。 |
| 液体填充区域支持容量 | 对比剂袋/瓶：50-500ml；生理盐水袋/瓶：50-1000ml |
| 对比剂加热功能 | 具备 |
| 容量范围 | 对比剂&生理盐水阶段：1-200ml；双流阶段：1-400ml |
| 流速范围 | 流速可调0.1 - 10 ml/sec （以0.1 mL/sec为单位） |
| 双流 | 同时注射对比剂和生理盐水（以5%为单位） |
| 通畅检测 /测试注射 | 实时流速调整 和 多阶段测试注射 |
| 压力曲线 | 支持 |
| 可编辑的压力限值范围 | 从 50 psi 到 300 psi （以1psi为单位） |
| 最大压力限值 | 300psi |
| 可编辑的延迟范围 | 1 - 900s （以1s为单位） |
| 最大暂停时间 | 20min |
| 注射阶段 | 每次注射最大可设置六个阶段；每次检查可以有10次注射 |
| eGFR计算器 | 扫描室和控制室显示器均支持 |
| 个性化对比剂注射方案 | （1）基于碘剂量/载量的方案 （2）基于碘输送流速的方案 （3）基于管电压的方案 （4）基于药代动力学模型的方案 |
| 设备使用年限 | ≥8年 |
| ★系统连接 | 需要连接HIS和PACS系统，中标人应负责完成设备与医院信息系统的全部接口开发、调试及验收工作。包含但不限于： 接口开发费用、系统联调测试费用、 临床数据迁移（如需）、首次对接失败的二次开发费用，上述费用均包含在投标总价中，采购人不再另行支付 |
| 高压注射器管路系统及附件  （内管） | 针筒式日抛件，使用时间≥24h更换一次，蓄液器容量：≥三个200ml蓄液器（两个用于对比剂、一个用于生理盐水） |
| 耗材 一次性使用高压注射器 管路系统（患者管路） | 通用耗材，≥250cm，单手插拔式设计，两个止回阀，插入后自动启动、无人工干预即可排气 |

1. **每套设备配置要求（标准套至少包含以下内容）**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 名称 | 要求 | 数量 | 单位 |
| 1 | 主机 |  | 1 | 套 |
| 2 | 工作站 |  | 1 | 套 |
| 3 | 电池 |  | 1 | 块 |
| 4 | 电源线 |  | 1 | 根 |
| 5 | 连接线 |  | 1 | 根 |
| 6 | 数据管理器 |  | 1 | 套 |
| 7 | 个性化对比剂注射方案模块 |  | 1 | 套 |
| 8 | 管电压模块 |  | 1 | 套 |
| 9 | 高压注射器管路系统及附件  （内管） |  | 3 | 套 |
| 10 | 一次性使用高压注射器管路系统（患者管路） |  | 50 | 条 |
| 11 | 中文说明书、中文维修手册、中文操作流程卡、保修卡（另电子版1份）； |  | 1 | 份 |
| 12 | 配齐与主机相匹配的附件设备，如连接管、连线、架子、特殊插座插头、电源线、电池、和工具等 |  | 1 | 套 |

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》和《中山市小榄人民医院医疗设备验收管理制度》。

★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保修期后维修时，如需更换配件，只收取配件费，且配件费提供优惠价格，不得收取上门服务费及差旅费（需附配件价格清单）。维修好后6个月内，对仪器设备再次发生同样的故障并且需要更换同样零配件时，中标人承诺免费维修及更换零配件。

2.6中标人负责送货上门，在招标人所提供的场地对设备进行安装、检验及调试，直至该产品的技术指标完全符合要求为止，在运输、安装、调试等服务过程中所发生的费用由中标人承担。

**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（增值税普通发票）。

★3.2具体付款方式：采购人书面确认设备验收合格后，采购人确认中标单位开具的发票无误，采购人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。