**报价供应商须同时提供以下资料：**

1. **报价单、参数偏离情况表、耗材信息表（如有）。**
2. **产品参数、配置清单、医疗器械注册证。**
3. **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）。**

**报价单**

致中山市小榄人民医院：

|  |  |
| --- | --- |
| 设备名称 |  |
| 型号 |  |
| 制造商/品牌 |  |
| 制造商性质 | 大型企业□ 中小企业□ 小微企业□  （100万以上项目需填写，提供证明文件，进口设备无需填写） |
| 产地 |  |
| 质保期（年） |  |
| 数量（台） |  |
| 单价（元） |  |
| 总价（元） |  |
| 设备使用年限（年） | （本院不接受使用年限低于5年的设备，以说明书和设备铭牌信息为准） |
| 是否有配套耗材 | 否□  是□ （请填写广东省药品电子交易平台耗材信息表） |
| 是否有易损件 | 否□  是□ （请填写设备易损件报价单） |

报价公司（盖章）：

报价联系人：

联系方式：

邮箱：

报价时间：

**广东省药品电子交易平台耗材信息表（如有）**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 项目名称 | 人份成本（包含开展项目所需的试剂、耗材、耗品、定标液、清洗液、质控品等全部成本支出） 元/人份 | **耗材信息** | | | | | | | | |
| 主要试剂品牌 | 产品名称 | 规格型号 | 医疗器械注册证号 | 国家医保医用耗材编码（27位） | 省联盟限价（元） | 投标报价（元） | 是否专机专用试剂耗材 | 进口/国产 |
| 1 | 例：1、（GLU）葡萄糖250302001  2、（Na）钠250304002-1  3、（K）钾 250304001-1  4、（iCa）离子钙250304004-1  5、（HCT）红细胞比容 250101003  6、（Hgb）血红蛋白+ 250101001  7、血气分析 310602006 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

报价公司（盖章）：

报价联系人：

联系方式：

邮箱：

报价时间：

**设备易损件报价单**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 易损件名称 | 单价（元） | 备注：（更换周期、使用年限） |
| 1 |  |  |  |
| 2 |  |  |  |

报价公司（盖章）：

报价联系人：

联系方式：

邮箱：

报价时间：

**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） |
| 平衡评估与训练系统 | 头晕眩晕诊疗中心 | 1 |

核心产品：平衡评估与训练系统

用途：适用于神经康复、骨科术后、老年防跌倒、运动损伤等场景，覆盖评估-训练-再评估全流程。

1. **技术参数：**

1)电子倾斜板：直径≥55cm，单足、双足使用均可；

★2)最大倾斜角度±15°，精确度为±1°；可以多轴向运动，也可单轴向运动；倾斜角度可以软件操作，一键实现调整。

3)至少有8根轴线将平板平均分成8个象限，每根轴线都有刻度标识，范围是0-22cm，用于脚放置时标记。

4)空气动力装置：为电子倾斜板提供动力，前-后、左-右4个方位的阻力调节一键自动调节，动静态一键切换。

5)阻力范围：范围≥0-50级，数字越小电子倾斜板越灵活，灵敏度越高；反之，数字越大，板越稳定，灵敏度越低。

6)负重能力：≥0.1-150kg。

★7)躯干传感器：可测角度±30°。用于标识身体部位，评估过程中会实时反馈角度变化情况，既可以防止代偿，也可以针对性评估训练。

8)不锈钢扶手，三面环绕，高度为≥90cm，左右宽度为≥90cm，给用户充分的训练空间和保护；一面开放，方便患者上下设备。

9)触屏显示器，尺寸：≥20英寸，方便操作，也可使用鼠标操作。显示器高度可调，范围为≥0-15cm；显示器倾斜角度可调±20°，方便不同身高患者使用。

10)支撑平板：≥110×110 cm，离地高≥23cm，宽大平稳。

12)产品尺寸：≥长185cm × 宽120cm × 高180-200cm

★13）使用年限≥5年

14）设备如有接入我院系统的需求：

★设备需支持与医院信息系统的数据互通，对接费用包含在本项目预算中

1. **每套设备配置要求：**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 名称 | 要求 | 数量 | 单位 |
| 1 | 电子倾斜板 | **/** | **1** | **个** |
| 2 | 底座 | **/** | **1** | **个** |
| 3 | 主支架 | **/** | **1** | **个** |
| 4 | 扶手 | **/** | **1** | **个** |
| 5 | 主机支架和主机 | **/** | **1** | 套 |
| 6 | 躯干传感器 | **/** | **1** | **个** |
| 7 | 系统软件 | 已预装至主机 | **1** | 套 |
| 8 | 使用说明书 | **/** | **1** | 份 |
| 9 | 保修卡 | **/** | **1** | 份 |
| 10 | 合格证 | **/** | **1** | 份 |
| 11 | 快速使用说明指南 | **/** | **1** | 份 |

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》。

★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 3 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。