**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2503020012、（Na）钠250304002-13、（K）钾 250304001-14、（iCa）离子钙250304004-15、（HCT）红细胞比容 2501010036、（Hgb）血红蛋白+ 2501010017、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） |
| 手法多功能治疗床 | 头晕眩晕诊疗中心 | 1 |

核心产品：手法多功能治疗床

用途：

**用于耳石复位、康复理疗、推拿按摩、整脊正骨等多用途医疗操作。**

1. **技术参数：**

★**1、产品尺寸规格：195x75x(48-92)cm**

**2、承重：≥250kg**

**3、电压：220V~50HZ**

★**4、升降高度：48-92cm**

**5、调节需要时间：约30秒**

★**6、第一段长度40cm，可调节角度：-45度到40度，扶手调节距离15cm**

**7、第二段长度≥152cm**

**8、头部气杆控制角度的调整**

**9、伸缩脚轮设计，方便床身移动**

**10、电机≥6000N**

**11、360度环形碰触式升降调节开关**

**12、四调节螺杆设计，提升床体对于地面的适应性**

**13、皮革耐磨15万次（且可提供对应的证明文件）**

★**14、使用期限≥8年（可提供药监局下发证明文件）**

1. **每套设备配置要求：**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 名称 | 要求 | 数量 | 单位 |
| 1 | 电动推杆 | **/** | 1 | 台 |
| 2 | 医用承压轮 | **/** | 4 | 只 |
| 3 | 控制器 | **/** | 1 | 套 |
| 4 | 扶手 | **/** | 1 | 套 |
| 5 | 气弹簧 | **/** | 1 | 支 |
| 6 | 床体 | **/** | 1 | 套 |
| 7 | 说明书 | **/** | 1 | 份 |
| 8 | 合格证 | **/** | 1 | 份 |
| 9 | 保修卡 | **/** | 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 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。

**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。