**新昌县中医院医共体分院设备调研公告**

新昌县中医院就医共体分院相关医疗设备进行市场调研，现将有关事项公告如下：

1、项目概况：

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 设备名称 | 数量 | 主要采购要求 | 预算金额 |
| 1 | 全自动血细胞分析仪 | 1 | 具备较高的检测速度，支持自动、手动进样模式，具备大容量数据存储功能、具有高测定精度等功能，具备多种质控程序应用功能；配置要求：主机1台，配套电脑打印机各1台，装机试剂1套，中文数据工作站1套 | 12万 |
| 2 | 麻醉机 | 1 | 全身麻醉，可电控、气控，多种报警、提示及保护，停电支持，成人、儿童两用，有温度、流量和压力补偿，容量控制、压力限制等多种工作方式 | 10万 |
| 3 | 除颤仪 | 1 | 双相波技术，快速充电，心肺复苏支持，成人/儿童模式，心电监护功能，智能自检，具有数据存储、事件标志功能 | 4.5万 |
| 4 | 呼吸机 | 1 | 有触摸屏，支持有创、无创通气模式，支持两类运行模式，具备吸痰、氧疗（HFNC）、窒息通气双向转换、快速供氧功能，自带空压泵等 | 11万 |
| 5 | 听力筛查仪 | 1 | 要求：全年龄段可测；尤其对新生儿听力可筛查；承担信息化接口费用，保证正常使用；提供设备相关基础配套产品，可有线无线传输数据，打印报告功能；具备瞬态声诱发耳声发射筛查TEOAE、畸变产物诱发耳声发射筛查DPOAE功能；刺激强度根据耳道容积自行校准；可实时显示TEOAE波形、测试进程、信号强度和噪声强度；可实时显示DPOAE强度、测试进程、噪音强度和DP-Gram；单机可存储≥300个听力筛查结果； | 6万 |
| 6 | 视力筛查设备 | 1 | 承担信息化接口费用，正常使用，接入慢病管理系统；提供设备相关基础配套产品，可有线无线传输数据，打印报告功能；能医疗馆或医疗专区下单采购 | 18万 |
| 7 | 骨密度仪 | 1 | 承担信息化接口费用，正常使用，接入医院管理系统； | 7万 |
| 8 | 中医艾灸排烟系统 | 1 | 1.排烟主机为防油烟机芯；2.电压 220V，噪音小，设有大小档位3调速功能；3.带遥控系统；4.预留检修口和排风管路；5.有效过滤艾烟，防止管道进风口结艾疤，保持管道清洁，可反复清洗，节约科室使用成本 | 10万（5张床位） |
| 1 | 5.1万（3张床位） |
| 9 | 牙科 CT 机 | 1 | 全自动数字成像模式CT、全景、正位/侧位；拥有智能报告功能，内置报告模板，可自定义模板；支持成人及儿童模式拍摄；承担含所有信息化接口，正常使用 | 20万 |

以上均含安装、调试、培训和售后服务等。

2、资格条件：

（1）必须符合《中华人民共和国政府采购法》第22条规定的要求；

（2）具有与本项目相适应的经营资质、服务能力；

3、凡符合上述要求的供应商均可参加医院内部调研，在医院网站http://www.xcxzyy.com下载调研报名表，并于**2025年06月15日 17:00时前将报名表发送至邮箱153215333@qq.com**。

4、调研资料

4.1资格证明文件：公司情况介绍、公司相关资质证明文件、法定代表人资格证明文件、授权人资格证明文件、产品生产许可证和注册证。

4.2 商务技术和报价文件：产品核心技术参数、与市场主流品牌对比表（参数、性能、占有率、价格等）、产品对医院场地有何特殊要求（如电缆要求、房间面积等）、服务承诺书及保障措施、**同类项目业绩表（必须是同型号产品而非厂家业绩）**、彩页资料、报价单（含配置清单、备品备件报价单、配套耗材报价单等）、维保费、投标人认为需要提供的其他资料。

**4.3 上述调研资料于2025年06月15日 17:00时前发送至邮箱，有多个标段参与的请分开制作。**

5、 现场调研时间及地点：另行通知。

6、采购单位联系人

新昌县中医院设备物资科 杨女士 电话：0575-86265008 86502833

7、公告发布媒体：新昌县中医院网站http://www.xcxzyy.com

新昌县中医院

2025年05月30日

**附件 1**

报名登记表

|  |  |
| --- | --- |
| 调研项目编号及产品 |  |
| 单位名称 |  |
| 报名日期 |  |
| 报名人员 |  |
| 手机号码 |  |
| 邮 箱 |  |
| **同型号其他地区装机名单（近三年内）** |  |
| **同型号绍兴市装机名单（近三年内）** |  |
| 我单位同意按采购文件要求参加投标（报价）并提交资料。  投标人（供应商）代表签字： | |

**附件2 格式文件**

格式一

**法定代表人身份证明书**

　 ｛姓名｝ 　，　｛性别｝　，　｛年龄｝　，　｛职务｝　，身份证号码： ，系　｛投标人名称｝ 的法定代表人。

特此证明。

　｛投标人名称｝　（盖章）

年 月 日

|  |
| --- |
| 法定代表人身份证复印件粘贴处 |

格式二

**法定代表人授权书**

新昌县中医院医共体：

本授权书声明：我｛姓名｝系　｛投标人名称｝ 的法定代表人，现授权委托 ｛姓名｝ 为我公司全权代理人，身份证号码： ，以本公司的名义参加贵方组织的调研活动。代理人在调研过程中所签署的一切文件和处理与之有关的一切事务，我均予以承认。

代理人无转委权，特此委托。

法定代表人（签字）：

代理人（签字）：

　｛投标人名称｝　（盖章）

年 月 日

|  |
| --- |
| 代理人身份证复印件粘贴处 |

格式三

**新昌县中医院医共体医疗设备项目报价单**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 设备名称 |  | | | | | | |
| 规格型号 |  | | | | | | |
| 生产厂家 |  | | | | | | |
| 最终报价 |  | | | | | | |
| 质保年限 | 年 | | | | | | |
| 使用年限 | 年（提供清晰的设备铭牌截图或说明书截图） | | | | | | |
| 交易方式 | □医疗馆  □医疗专区  □网上超市  □公开招标  □不可以 | | | | | | |
| 可以开展的项目名称 |  | | | | | | |
| 收费项目名称及价格 |  | | | | | | |
| 配置清单  及产地品牌 | **名称** | **型号** | | **产地品牌** | **数量** | | **单价** |
|  |  | |  |  | |  |
|  |  | |  |  | |  |
|  |  | |  |  | |  |
|  |  | |  |  | |  |
|  |  | |  |  | |  |
|  |  | |  |  | |  |
|  |  | |  |  | |  |
|  |  | |  |  | |  |
| 优惠措施 |  | | | | | | |
| 定期更  换材料 | **名称** | **型号** | | **所需数量** | **单价** | | **更换周期** |
|  |  | |  |  | |  |
|  |  | |  |  | |  |
|  |  | |  |  | |  |
| 备品备件清单及价格 | 配件名称 | | 产地品牌 | | | 报价 | |
|  | |  | | |  | |
|  | |  | | |  | |
| 配套耗材价格（如有） | 耗材名称 | | 报价 | | | 平台代码（流水号） | |
|  | |  | | |  | |
|  | |  | | |  | |
| 出保后维保价格 | 元/年 | | | | | | |
| 质保期内免费保养次数 | 次/年 | | | | | | |
| 是否提供软件免费升级服务 |  | | | | | | |
| 能否提供设备使用期限内备件供应期 |  | | | | | | |
| 同型号绍兴市内装机用户（2021年后） |  | | | | | | |
| 典型用户  现场图 |  | | | | | | |
| 售后服务办事处（厂家和代理商自身）及人员配置 |  | | | | | | |

注：

1.以上报价包括设备、标准附件、专用工具、包装、运输、装卸、安装调试、培训、检测、验收、保修、税金、商检、保险、售后服务、备品备件、中标服务费等完成项目所需的全部费用。

单位名称（盖章）：

法定代表人或委托代理人（签字）：

日期： 年 月 日

格式四

**同类项目业绩表**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **供货时间** | **项目名称** | **金额** | **实施情况** | **采购方单位名称** | **联系人姓名**  **联系方式** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

**提供相应的销售合同复印件、用户联系方式并加盖询标供应商公章，原件备查。**

询标单位名称（盖章）：

法定代表人或委托代理人（签字）：

日期： 年 月 日

格式五

**投标单位情况介绍**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 投标人全称 |  | 法人代表 |  |
| 企业相关资质 |  | 营业执照编号 |  |
| 单位性质 |  | 隶属 |  |
| 主要业务 |  | 固定资产净值(万元) |  |
| 现有职工总人数 |  | 单位成立日期 |  |
| 法定代表人 | 1.姓名： 2.职务： 3.职称： | | |
| 联系方式 | 1. 地址：   2.邮编： 3.电话：  4.传真： 5. 联系人： | | |
| 开户银行 | 1、名称：  2、账号： | | |

## 格式六

## 投标单位的服务承诺书及保障措施

新昌县中医院医共体 ：

非常荣幸能参加贵处组织的 （填写具体调研设备） 项目的调研事宜，现我公司就相关服务作出如下承诺：

一、质量保证：

　　二、交货保证：

三、技术服务：

四、保障措施：

五、培训服务：

六、售后服务：

七、其他：

询标单位名称（盖章）：

法定代表人或委托代理人（签字）：

日期： 年 月 日

格式七

**新昌县中医院医共体 （调研设备名称） 设备项目投标优惠措施**

新昌县中医院：

我公司自愿提供以下优惠措施：

1、

2、

3、

……..

询标单位名称（盖章）：

法定代表人或委托代理人（签字）：

日期： 年 月 日