**合川区人民医院关于紧急采购神经内科**

**医疗设备的公告**

重庆市合川区人民医院为满足业务发展需求及对患者更有效的救治，经院内审批同意，拟紧急采购神经内科医疗设备，欢迎有资格的供应商积极参加，相关具体要求如下：

一、项目名称 神经内科医疗设备

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **设备名称** | **单价限价**  **（人民币：元）** | **数量** | **总价限价（人民币：元）** |
| 1 | 呼吸湿化治疗仪 | 40000 | 1 | 40000 |
| 2 | 经颅多普勒血流分析仪 | 160000 | 1 | 160000 |

备注：按设备序号逐项竞争性谈判。

二、项目数量 一批

三、项目限价 人民币200000元（大写：贰拾万元整）

四、供应商要求

（一）一般资格条件

1.具有独立承担民事责任的能力；

2.具有良好的商业信誉和健全的财务会计制度；

3.具有履行合同所必需的设备和专业技术能力；

4.有依法缴纳税收和社会保障资金的良好记录；

5.参加政府采购活动前三年内，在经营活动中没有重大违法记录；

6.法律、行政法规规定的其他条件。

（二）特定资格条件

1.投标人须具医疗器械或设备维修或服务资质，并提供所供产品的经营许可证和有效期内的《中华人民共和国医疗器械注册证》，若注册证有附件的，还须提供附件（提供注册证复印件，注册证有附件的还须提供注册证附件复印件）。

2.所提供产品属三类医疗器械的，供应商须具备有效期内《医疗器械经营企业许可证》或《医疗器械经营许可证》；所提供产品属二类医疗器械的，供应商须具备有效期内《医疗器械经营企业许可证》或《第二类医疗器械经营备案凭证》（提供许可证复印件或备案凭证复印件）并加盖投标人鲜章；如所供产品为进口产品须提供国家海关进口商检报关证明资料。

（三）本项目不接受联合体投标。

五、报价要求

竞争性谈判地点：重庆市合川区人民医院行政楼一楼招标办（重庆市合川区南津街希尔安大道1366号）

竞争性谈判报名时间：2021年3月15日北京时间9:00-9：30（超时不予受理），

竞争性谈判开始时间：2021年3月15日北京时间9：30。

经评审符合要求的最低报价供应商中标。

六、项目参数

**序号1.** **呼吸湿化治疗仪**

**技术参数：**

1.能产生高流量湿化气体，可用于成人及小儿（体重＞3公斤）

2.温度控制范围：31℃，34℃，37℃

3.一体化加温湿化器，能提供人体核心体温及100%相对湿度的气体，湿度输出范围：32 – 44mgH2O/L

4.一体化流量调节，范围：10～60 L/min

★5.内置一体化实时氧浓度监测器，不需使用氧电池（无氧电池消耗），范围：21%~100%

6.空/氧混合的氧浓度范围：21%~100%

7.加温湿化器的湿化水罐：由水瓶自动加水，可变容积≤280mL，顺应性≤0.4mL/cm水柱；最大工作压力≥80cm水柱，最大峰流量≥180L/min

★ 8.呼吸管路性能：必须是内置螺旋形（沿内壁外沿）加热丝，并且在近病人端具有温度和流量传感器，精确控制空氧混合气体的温度和流速。

9.能提供各种鼻塞导管、气管插管或气管切开等不同病人连接界面（耗材），提供价格清单：

9.1 大、中、小叁种尺寸硅胶(不含乳胶)鼻塞导管

9.2 气管切管接头

9.3 面罩接头

★10. 配备专业消毒用管路，可进行设备内部通道高温90度自动消毒

11.具有以下各种报警功能指示：管路漏气报警，水罐缺水报警，管路连接报警等

**序号2.** **经颅多普勒血流分析仪**

一 、设备用途说明及要求：

支持颅内、外血管常规检测、血栓检测分析及长程监护等功能

二 、主机规格及系统概述

1、工作参数

1.1FFT采样率：128/256/512

1.2最大血流速测量：PW≥512cm/s，在50mm深处取样容积≥12mm时单向最大速度量程≥448cm/s

1.3采样容积：4-20mm连续可调

1.4PW探测深度调节：5-257mm

1.5增益范围：0-40dB

1.6发射功率：实际功率0~512mw可调

1.7噪声抑制

1.8频谱显示色彩：可自定义色彩，≥256色

1.9探头

2、操作系统

2.1操作系统Windows 7

★2.2操作方式：鼠标、键盘和全功能遥控键盘三向操作,遥控键盘功能性按键在30键以上，具有最少四个自定义功能键，具有防水、防尘、防摔的功能（需提供证明材料）

2.3中、英文操作界面自由切换

3、常规检测软件功能

★3.1通道和门深：单通道64深度（需提供证明材料）

3.2检测参数：Vs、Vd、Vm、PI、RI、S/D、HR、SBI、HITS、TI

3.3多普勒色系：可自定义谱图颜色

3.4常规检测

1）显示患者一般资料

2）初诊提示

3）即时删除不想保存的谱图

4）在谱图上做文字标识，并可打印到报告单

5）全自动同时双向计数，并支持手动测量,手动测量自动保存数据

6）可对同一病历追加采集谱图

7）可对同一患者追加多个病历

8）谱图方向可翻转（标准/反向）

9）包络线支持正、负、双向三证包络，且随时可以显示或屏蔽包络

10）实时显示探头朝向

11）血流声音从小到大多级可调，并可静音

3.5内置功能的设定：具有自定义功能

3.6病案管理、报告格式：快速检索病例、Word报告模式

3.7微栓子监测软件：具备栓子图、声谱图、阈值可调节，栓子监测软件可进行时间差测量

3.8具有64深度动态M波：每个通道都有独立的动态M波，可动态回放每个深度的原始图谱数据，回放过程中可以调整增益、分析范围等参数

3.9可选配连续长程动态监护系统：全程多参数记录曲线，事件标识功能，TCD报告显示监护曲线和监护图谱

★3.10探头要求：瑞士MTB原装进口 2MHz（PW）手持探头、4MHz（CW）手持探头（进口探头要求提供从瑞士MTB进口的报关单）

★3.11设备需通过CE、FDA认证 （需提供证明材料）

★3.12投标产品生产商需参与中华人民共和国医药行业标准：超声经颅多普勒血流分析仪YY/T 0593-2015标准的起草（需提供证明材料）

4、硬件

4.1液晶显示器，主机显示一体机

4.2探头：

★1、瑞士MTB原装进口 2MHz（PW）手持探头一个

★2、4MHz（CW）手持探头一个

4.3打印机一台

4.4经颅专用台车一台

标星参数务必满足条件

**技术咨询：李老师 18996008133**

七、商务要求

（一）交货时间、地点及验收方式

1.交货时间

采购合同签订后十五个日历日以内全部交货；并在交货后5天以内完成安装、调试工作。

2.交货地点

交货地点：重庆市合川区人民医院指定地点

3.验收方式

（1）货物到达现场后，成交供应商应在使用单位人员在场情况下当面开箱，共同清点、检查外观，作出开箱记录，双方签字确认。

（2）成交供应商应保证货物到达采购人所在地完好无损，如有缺漏、损坏，由供应商负责调换、补齐或赔偿。

（3）成交供应商应提供完备的技术资料、装箱单和合格证等，并派遣专业技术人员进行现场安装调试。验收合格条件如下：

A、成交供应商提供的所有设备必须与本项目货物清单所列一致，对所有设备技术规格、数量、质量、产品提供相应的检验报告或证明文件或合格证，性能指标达到规定的标准。成交供应商不得擅自调整、更换设备的品牌、型号和质量等。

B、货物技术资料、装箱单、合格证等资料齐全。

C、在规定时间内完成交货并验收，并经采购人确认。

D、如果仪器试用后不符合参数要求，性能不达标，购买方可退回设备（所造成的一切损失由供应商承担）。

（4）产品经安装调试并运行正常。

（5）供应商提供的货物未达到竞争性谈判文件规定要求，且对采购人造成损失的，由供应商承担一切责任，并赔偿所造成的损失。

（6）采购人需要制造商对成交供应商交付的产品（包括质量、技术参数等）进行确认的，制造商应予以配合，并出具书面意见。

（7）产品包装材料归采购人所有（如采购人需要）。

（8）本采购项目的设计、制造、配置、检验及验收应符合中华人民共和国现行的有关国家标准和法规（含行标或专业标准）。

### （二）质量保证及服务要求

**产品质量保证期**

1、供应商应明确承诺：设备免费质保期≥3年

供应商需保证所提供的货物是全新的、未使用过的，是完全符合合同规定的质量、规格和性能要求的。

2、投标产品属于国家规定“三包”范围的，其产品质量保证期不得低于“三包”规定。

3、供应商的质量保证期承诺优于国家“三包”规定的，按供应商实际承诺执行。

4、投标产品由制造商（指产品生产制造商，或其负责销售、售后服务机构，以下同）负责标准售后服务的，应当在响应文件中予以明确说明,并提供相关文件。

**售后服务内容**

1、供应商和制造商在质量保证期内应当为采购人提供以下技术支持和服务：

（1）电话咨询

成交供应商和制造商应当为采购人提供技术援助电话，解答采购人在使用中遇到的问题，及时为采购人提出解决问题的建议。

（2）现场响应

成交供应商或制造商必须在重庆市有独立的原厂售后服务机构，并能提供7×24小时技术支持与服务。设备出现故障时必须在 2小时内对需方所提出的维修要求做出响应，重庆市当地2小时到达设备现场并于12小时内修复。

（3）技术升级

在质保期内，如果成交供应商和制造商的产品技术升级，供应商应及时通知采购人，如采购人有相应要求，成交供应商和制造商应对采购人购买的产品进行升级服务。

2、质保期外服务要求

（1）质量保证期过后，供应商和制造商应同样提供免费电话咨询服务，并应承诺提供产品上门维护服务。

（2）质量保证期过后，采购人需要继续由原供应商和制造商提供售后服务的，该供应商和制造商应以优惠价格提供售后服务。

**备品备件及易损件**

成交供应商和制造商售后服务中，维修使用的备品备件及易损件应为原厂配件，未经采购人同意不得使用非原厂配件，常用的、容易损坏的备品备件及易损件的价格清单须在响应文件中列出。

### （三）报价要求

谈判报价包括完成本项目所需的设备或货物购买（制造）费、辅材费、运输费、装卸费、安装调试费、培训费及各种应纳的税费。因成交供应商自身原因造成漏报、少报皆由其自行承担责任，采购人不再补偿。

### （四）付款方式

### 安装验收合格后付合同金额90％。余款10％作为质保金，质保期满后无息一次性付清（以现场谈判最终议定方式为准）。

### （五）知识产权

采购人在中华人民共和国境内使用成交供应商提供的货物及服务时免受第三方提出的侵犯其专利权或其它知识产权的起诉。如果第三方提出侵权指控，成交供应商应承担由此而引起的一切法律责任和费用。

### （六）其他

（一）在近三年内，重庆市二级以上公立医院有不少于5家的销售业绩。

（二）供应商必须在响应文件中对以上条款和服务承诺明确列出，承诺内容必须达到本篇及竞争性谈判其他条款的要求。

（三）其他未尽事宜由供需双方在采购合同中详细约定。

## 附件：响应文件格式要求（正本、副本各一份）

## 

**一、经济部分**

（一）报价函

（二）明细报价表

**二、技术部分**

技术响应偏离表

**三、服务部分**

服务响应偏离表

**四、资格条件及其他**

（一）营业执照（副本）或事业单位法人证书（副本）复印件

（二）组织机构代码证复印件

（三）法定代表人身份证明书（格式）

（四）法定代表人授权委托书（格式）

（五）书面声明（格式）

（六）税务登记证（副本）复印件

说明：供应商按“五证合一”登记制度办理营业执照的，组织机构代码证、税务登记证（副本）和社会保险登记证以供应商所提供的营业执照（副本）复印件为准。

**五、其他与项目有关的资料（自附）**

### 一、经济部分

（一）竞争性报价函

**紧急采购报价函**

重庆市合川区人民医院：

我方收到\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_（项目名称）的采购文件，经详细研究，决定参加该项目的竞价。

1.愿意按照采购文件中的一切要求，提供本项目的交货及技术服务，初始报价为人民币大写： 元整；人民币小写： 元。以我公司最后报价为准。

2.我方现提交的响应文件为：纸质文档壹份。

3.我方承诺：本次谈判的有效期为90天。

4.我方完全理解和接受贵方采购文件的一切规定和要求及谈判评审办法。

5.在整个谈判过程中，我方若有违规行为，接受按照《中华人民共和国政府采购法》和《竞争性谈判文件》之规定给予惩罚。

6.我方若成为成交供应商，将按照最终谈判结果签订合同，并且严格履行合同义务。本承诺函将成为合同不可分割的一部分，与合同具有同等的法律效力。

7.我方未为采购项目提供整体设计、规范编制或者项目管理、监理、检测等服务。

供应商（公章）：

地址：

电话： 传真：

网址： 邮编：

联系人：

年 月 日

（二）明细报价表

**明细报价表**

谈判项目编号：

项目名称：

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 产品名称 | 品牌及产地 | 制造商名称 | 规格型号 | 数量 | 单价  （ ） | 合计  （ ） |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

注：1.请供应商完整填写本表。

2.该表可扩展，并逐页签字或盖章。

供应商名称（公章）：

年 月 日

### 二、技术部分

**技术响应偏离表**

谈判项目名称：

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **采购需求** | **响应情况** | **差异说明** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

供应商： 法定代表人授权代表：

（供应商公章） （签字或盖章）

年 月 日

注：

1.本表即为对本项目“六、项目参数”中所列技术要求进行比较和响应；

2.该表必须逐条如实填写，若未作实质性参数描述，该供应商将失去成为成交供应商的资格，仅保留其合格供应商的身份。

3.该表可扩展，并逐页签字或盖章；

4.可附相关技术支撑材料（格式自定）。

5.根据响应情况在“差异说明”项填写正偏离或负偏离及原因，完全符合的填写“无差异”。

### 三、服务部分

**服务响应偏离表**

谈判项目名称：

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **谈判项目需求** | **响应情况** | **差异说明** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

供应商： 法定代表人授权代表：

（供应商公章） （签字或盖章）

年 月 日

注：

1.本表即为对本项目“七、商务要求”中所列服务要求进行比较和响应，该表可扩展；

2.该表必须按照竞争性谈判要求逐条如实填写，若未作实质性参数描述，该供应商将失去成为成交供应商的资格，仅保留其合格供应商的身份。

3 根据响应情况在“差异说明”项填写正偏离或负偏离及原因，完全符合的填写“无差异”。

### 四、资格条件及其他

（一）营业执照（副本）或事业单位法人证书（副本）扫描件

（二）组织机构代码证扫描件

（三）法定代表人身份证明书（格式）

项目名称：

致： 重庆市合川区人民医院：

（法定代表人姓名）在 （供应商名称）任 （职务名称）职务，是（供应商名称） 的法定代表人。

特此证明。

（供应商公章）

年 月 日

（附：法定代表人身份证正反面复印件）

（四）法定代表人授权委托书（格式）

项目名称：

致： （采购人名称）：

（供应商法定代表人名称）是 （供应商单位名称）的法定代表人，特授权 （被授权人姓名及身份证代码）代表我单位全权办理上述项目的谈判、签约等具体工作，并签署全部有关文件、协议及合同。

我单位对被授权人的签字负全部责任。

在撤消授权的书面通知以前，本授权书一直有效。被授权人在授权书有效期内签署的所有文件不因授权的撤消而失效。

（附：被授权人身份证正反面复印件）

（供应商公章）

年 月 日

（五）书面声明

项目名称：

致： 重庆市合川区人民医院 ：

（供应商名称）郑重声明，我公司具有良好的商业信誉，具有履行合同所必需的设备和专业技术能力，参加本项目采购活动前三年内无重大违法活动记录，在合同签订前后随时愿意提供相关证明材料；我公司还同时声明未列入在信用中国网站（www.creditchina.gov.cn）“失信被执行人”、“重大税收违法案件当事人名单”中，也未列入中国政府采购网（www.ccgp.gov.cn）“政府采购严重违法失信行为记录名单”中，并随时接受采购人的检查验证，符合《政府采购法》规定的供应商资格条件。我方对以上声明负全部法律责任。

特此声明。

（供应商公章）

年 月 日

（六）税务登记证（副本）复印件

说明：供应商按“五证合一”登记制度办理营业执照的，组织机构代码证、税务登记证（副本）和社会保险登记证以供应商所提供的营业执照（副本）复印件为准。

### 五、其他与项目有关的资料（自附）