**天津医科大学朱宪彝纪念医院**

**眼科、皮肤科、重症医学科、急诊科医疗设备调研通知**

各供应厂商：

根据政府采购有关规定，结合我院设备采购工作安排，现对我院眼科、皮肤科、重症医学科、急诊科医疗设备的技术性能、选型配置、诚意价格进行设备调研，欢迎符合资质的供应商前来参加。

**一、调研内容及基本需求**

| 序号 | 需求科室 | 设备名称 | 数量（套） | 配置及技术性能基本要求 | 单价预算(万元/台) |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | 眼科 | 手动角膜曲率 | 1 | 手动估读式，由曲率计部件、运动底座、仪器台、电箱、头架五部分组成。基本参数：总放大倍率：大于15倍；测量范围：曲率半径：5.5mm～11mm，每格值为0.02mm；角膜屈光度：30D～60D每格为0.25D；角膜测量盘：0°～180°每格5°。 | 3 |
| 2 | 皮肤科 | 红外线偏振光治疗仪 | 1 | 适用于带状疱疹神经痛、各种急慢性软组织损伤性肿胀、疼痛、伤口愈合的辅助治疗。基本技术性能：设备为两路独立输出，输出均为偏振光治疗；偏振光与红外光组合应用；没治疗通道均能独立设定治疗参数；治疗臂转动灵活，定位准确。 | 4.5 |
| 3 | 重症医学科 | 间歇性气压治疗仪 | 1 | 1.具有定时功能，可以调节治疗时间设定2.具有压力调整功能，3.可以设定单侧或双侧启动，治疗4.泵用耗材有小腿和大腿或者全腿选择5.接触患者耗材方便消毒处理6.具有储电功能，可以脱离电源使用7.体积小方便操作 | 3.5 |
| 4 | 急诊科 | 间歇性气压治疗仪 | 1 | 3.5 |

**二、要求**

1.原则上各供应商应结合技术要求和预算推荐上市**三年以内**的适宜产品，以人民币报价。报价应包括货物、包装、运输、装卸、保险、清关、安装、改造、成品保护、恢复封堵、调试、培训、质检及其它伴随服务等所有费用，呈报**不高于政府采购历史成交价格**的诚意价格。

2． 除有特别要求外，每种设备可分别以**三年保修**和**五年保修**呈报两种报价方案，并注明是单台报价还是按种类分包报价。报价一览表格式见**附件1**。

3.各供应商用PPT介绍产品。无论种类多少，介绍**时间均不准超过5分钟**。PPT内容按以下顺序编制目录及内容：

（1）推荐的品牌、规格型号；

（2）产品性能及关键技术指标；

（3）与主流品牌对比的优劣势；

（4）配置清单（唯一方案，不包选配）；

（5）业绩、用户名单、用户联系人、联系方式。

PPT不得在讲解前临时更改。

4.纸质资质及技术资料严格按照参考样式编制目录、提供相应材料，否则按照不合格供应商处理。

5.可提供多种备选产品，分别报价，并分别说明性能、配置单（注明标准配置、选配件及价格）及技术参数。

6.有问题及时与设备科联系。

**三、报名方式及需提供的资料**

1. 提供真实齐全的电子版资质证明文件一份、电子版技术资料文件一份（保证所提供的各种材料和证明材料的真实性，承担相应的法律责任，所有资料均需加盖公章）。本通知后附参考样式。

2. 请有意向参加调研报名的供应商于2025年5月9日前将PPT及公司资质证明文件（所有文件加盖公章扫描，分辨率不低于300dpi）、电子版技术资料文件发到zxyshebei@163.com，邮件中附件名称命名为“产品名称-品牌-型号产品介绍方案.ppt”和“XX公司资质文件.rar”，邮件题目统一为“调研会介绍-设备名称-供应商公司名称”。

**四、时间、地点及联系方式**

时间、地点：请在规定时间内进行报名，现场会议时间和地点另行通知。

联系人：姚老师

联系电话：022-59562035

E-mail：zxyshebei@163.com

天津医科大学朱宪彝纪念医院

2025年4月28日

（提交资料参考格式见附件）

**填表说明：**

1.不得随意更改表格的内容及格式，如果没有或者不涉及，就写“无”或“不涉及”。

2.请按以下每一项先后顺序排版，不要把所有附件附在最后

3.提供的证照和资料须为真实有效，若所提供的资料有虚假成分，一经核实，将停止所有业务来往，请勿违反诚信原则。

|  |
| --- |
| ***眼科/皮肤科/重症医学科/急诊科（报哪个产品留下哪个需求科室的名称，最终稿将备注的红色文字删除）*XX科医疗设备调研****技术材料** |
| 公司名称（公章）：联系人：联系电话： |
| XX年XX月XX日 |

目录

1. 设备报价一览表（样式参见附件1）
2. 与主流同档次品牌产品对比表（样式参见附件2）
3. 设备用户情况表（样式参见附件3）
4. 易损易耗配件、耗材、试剂报价
5. 廉政承诺书（样式参见附件5）
6. 国内外同类产品对比情况说明（样式参见附件6）
7. 产品彩页及技术材料
8. 近三年同品牌同型号历史成交合同（含产品配置单及维保承诺）
9. 售后服务承诺（样式参见附件7）
10. 需具备的场地条件(空间面积、供气、排气、供水、排水、承重等)
11. 其他

附件1

设备报价一览表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 产品名称（以注册证为准） | 制造商及实际产地 | 品牌 | 规格、型号 | 数量 | 上市时间 | 单价（万元） | 总价或打包价（万元） | 保修年限（原厂整机+配件） | 各组成部件（列出具体配件名称及数量，并注明是标配还是选配） | 其他需要说明事项（功能、特点、有无耗材及耗材名称、耗材成本及医保收费等） |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 标配：1.名称，规格、数量；……选配：1.名称，规格、数量；…… |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

注：

1. 报价应是最终用户验收合格后的总价，包括设备软件及硬件费用、运输、保险、代理、安装调试、培训、验收、税费、系统集成费和采购文件规定的其它费用。

2、对“各组成部件”未注明“标准件”或“选配件”的，均视为标准配件。

3、**如涉及到软件配置**，需明确写出软件的配置及单价。

注：本公司承诺上述信息真实、有效，如有虚假，本公司承担由此引起的一切责任。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 公司名称（公章）： | 联系人： | 联系方式： |
|  |  | 日期： |

附件2

与主流同档次品牌产品对比表

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 推荐产品在本公司系列中属于 | 🞏低档 | 🞏中档 | 🞏高档 （打√） |
| 该类设备主要性能参数 | XX品牌XX型号（推荐的品牌型号）具体数值或功能描述 | YY品牌YY型号（其他主流同档次品牌型号1）具体数值或功能描述 | ZZ品牌ZZ型号（其他主流同档次品牌型号2）具体数值或功能描述 |
| 1.参数1：…… |  |  |  |
| 2．参数2：…… |  |  |  |
| 3.参数3：…… |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

注：本公司承诺上述信息真实、有效，如有虚假，本公司承担由此引起的一切责任。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 公司名称（公章）： | 联系人： | 联系方式： |
|  |  | 日期： |

附件3

设备用户情况表

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 设备名称 | 医院及科室 | 规格型号 | 数量 | 合同价格或中标价格（万元） | 中标时间 | 联系人及联系方式 | 备注 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

说明：1、表中产品为近三年销售，用户仍在使用的货物；2、只填写与本次调研产品一致或相当的规格型号。3、各供应商对此表真实性负责，并承担虚假造成的一切法律后果。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 公司名称（公章）： | 联系人： | 联系方式： |
|  |  | 日期： |

附件4

易损易耗配件、耗材、试剂报价

1 易损易耗配报价及折扣率

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 易损易耗品名称 | 市场价 | 折扣率 | 优惠价 |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |

2 原装配套试剂及耗材

|  |
| --- |
| 注：开放性可填“开放”“专机专用” |
| 序号 | 试剂、耗材名称 | 开放性 | 规格 | 优惠价 | 是否医保（打√） | 收费情况 |
| 1 |  |  |  |  | 🞏是🞏否 | 🞏耗材可单独收费🞏耗材不可单独收费，与项目打包收费 |
| 2 |  |  |  |  | 🞏是🞏否 | 🞏耗材可单独收费🞏耗材不可单独收费，与项目打包收费 |
| 3 |  |  |  |  | 🞏是🞏否 | 🞏耗材可单独收费🞏耗材不可单独收费，与项目打包收费 |
| 平均每人份成本（元） |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 公司名称（公章）： | 联系人： | 联系方式： |
|  |  | 日期： |

附件7

售后服务承诺

质量及货源保证：

产品验收标准：

是否提供备机：

售后服务响应：

服务由原厂提供还是第三方提供：

可否提供维修手册及操作手册：

操作及维修人员培训方式：

质保期后次修收费：

质保期后年维保金：

天津地区维修站地点：

天津地区维修站联系方式：

天津地区配备工程师情况：

常用维修配件价格：

其他：

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 公司名称（公章）： | 联系人： | 联系方式： |
|  |  | 日期： |

|  |
| --- |
| ***眼科/皮肤科/重症医学科/急诊科（报哪个产品留下哪个需求科室的名称，最终稿将备注的红色文字删除）*XX科医疗设备调研****资质证明文件** |
| 公司名称（公章）：联系人：联系电话： |
| XX年XX月XX日 |

目录

1. 营业执照
2. 医疗器械生产许可证（制造商参加时需提供）
3. 医疗器械经营许可证（备案证明）
4. 医疗器械产品注册证（或注册登记表）
5. 代理产品授权委托书（进口医疗器械经营企业需提供可溯源授权文件）
6. 消毒产品卫生安全评价报告（如属于消毒设备，则需提供，否则无需提供）
7. 其他