**南方医科大学中西医结合医院**

**需求调研报名资料**

|  |  |
| --- | --- |
| **项目名称** | **南方医科大学中西医结合医院肝病科医疗设备采购项目** |
| **设备名称：** |  |
| **品牌型号：** |  |
| **厂家名称：** |  |
| **供应商名称：** |  |
| **联系人 ：** |  |
| **联系方式：** |  |
| **邮箱：** |  |

**声 明**

1. 本次调研仅作为采购人编制采购需求的参考，参与本次调研并不代表取得订单。
2. 本次调研的项目需求为本项目的初步需求，采购人可视调研情况进行调整。
3. 本项目严禁各供应商进行恶意串通、恶意竞争或其它违规行为，一经查实，将上报采购人。
4. 供应商需为本次调研提交的所有资料真实性负责。
5. 供应商提供的所有调研材料，均需加盖公章。
6. 若项目存在多个包组可选择一个或多个包组进行响应。

**一、报价单**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **产品名称** | | | **品牌** | | | **规格型号** | | | **产地** | | **数量** | | **单价(万元)** |
| **1** |  | | |  | | |  | | |  | |  | |  |
| **2** |  | | |  | | |  | | |  | |  | |  |
| **3** |  | | |  | | |  | | |  | |  | |  |
| **报名总价金额：￥ 万元； 大写： 万元整** | | | | | | | | | | | | | | |
| **配置清单** | | | | | | | | | | | | | | |
| **序号** | **名称** | **品牌** | | | **型号规格** | | | **产地** | **数量** | | | | **单位** | **总价（元）** |
|  |  |  | | |  | | |  |  | | | |  |  |
|  |  |  | | |  | | |  |  | | | |  |  |
|  |  |  | | |  | | |  |  | | | |  |  |
|  |  |  | | |  | | |  |  | | | |  |  |
| **质保年限** | |  | | | **质保内容（如质保期内免费更换的备品备件、耗材等、运行维护、升级更新、人工费用等）** | | | | | |  | | | |
| **设备使用年限** | |  | | |
| **制造商名称** | | | | | |  | | | | | | | | |
| **制造商是否中小企业** | | | | | | **£微型企业 £小型企业 £中型企业 £大型企业** | | | | | | | | |
| **制造商联系人** | | |  | | | **联系人电话** | | | | | | |  | |
| **供应商名称** | | | | | |  | | | | | | | | |
| **供应商是否中小企业** | | | | | | **£微型企业 £小型企业 £中型企业 £大型企业** | | | | | | | | |
| **供应商联系人** | | |  | | | **联系人电话** | | | | | | |  | |

注：

1、本次报价为设备含税价格包括了货物从出厂到保修期内维修维护以及运输、税费等一切费用。

2、本次供应商的调研响应报价不代表最终投标价格。

**供应商名称(加盖公章)：**

**日期： 年 月 日**

**二、后续采购情况**

**可选配置、易损件**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **名称** | **品牌** | **型号** | **配置规格** | **数量** | **单位** | **单价（元）** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| **备注** |  | | | | | | |

注：如无需备品备件，在备注处说明：无备品备件内容。

**供应商名称(加盖公章)：**

**日期： 年 月 日**

**三、资质审查**

**（一）制造商**

1、营业执照（三证合一的只需提供一种）

2、医疗器械生产许可证或生产备案凭证（非医疗器械产品不用提供）

3、医疗器械经营许可证或经营备案凭证（非医疗器械产品不用提供）

4、中小企业声明函（中小企业提供，模板见附件1）

注：请提供三种产品的相关信息

**（二）供应商**

1、营业执照（三证合一的只需提供一种）

2、医疗器械经营许可证或经营备案凭证（非医疗器械产品不用提供）

3、中小企业声明函（中小企业提供，模板见附件1）

4、制造商授权代理资料

5、法人证明及法人身份证复印件

6、法人授权函及被授权人身份证复印件（模板见附件2）

**（三）产品**

1、报名型号的医疗器械注册证（非医疗器械产品需提供相关说明）

2、正版软件授权或计算机软件著作权证明等文件（设备自带信息系统的需提供）

注：请提供三种产品的相关信息

**（四）本项目涉及的相关证件汇总**

**相关证件汇总表**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **证书名称** | **证书有效期** | **颁发机构** |
| 1 |  |  |  |
| 2 |  |  |  |
| 3 |  |  |  |
| 4 |  |  |  |
| 5 |  |  |  |
| 6 |  |  |  |

1. **医院市场调研参数厂家响应情况表（厂家必填）**

**（一）病人监护仪**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **技术参数** | **供应商响应参数**  **（请填写产品实际参数）** | **响应程度（满足/不满足）** |
| 1. 产品具备国家食品药品监督管理局颁发的医疗器械注册证。 |  |  |
| 1. 产品适用于成人、小儿、新生儿的监测。 |  |  |
| 1. 一体化多参数监护仪，彩色显示屏＞10英寸，分辨率不低于1280\*800，支持同屏显示8道波形以同时观察丰富的信息。 |  |  |
| 1. 电容触摸屏设计，显示屏可视角≥170 度。 |  |  |
| 1. 具备心电、呼吸、无创血压、血氧饱和度、脉率和体温监测功能。可升级双血氧、6/12电极心电监测。 |  |  |
| 1. 支持选配同品牌呼末二氧化碳（EtCO2）。 |  |  |
| 1. 支持升级IBP、C.O.等高级参数。 |  |  |
| 1. 主机不少于2个USB口，可用于外接条码枪扫描枪、键盘、U盘储存等设备，支持选配HDMI视频输出接口。 |  |  |
| 1. 支持待机模式、夜间模式、演示模式、插管模式、隐私模式。 |  |  |
| 1. 主机重量＜3.5 kg。 |  |  |
| 1. 界面显示能根据用户选择的参数数量和波形数量调节布局，最大程度的合理利用界面空间。 |  |  |
| 1. 显示屏亮度支持自动、手动调节。 |  |  |
| 1. 配有锁屏键，避免在某些使用中误操作。用户通过点击进入锁屏状态。 |  |  |
| 1. 具有多导心电监护算法，同步分析至少 2 通道心电波形，能够良好抗干扰。 |  |  |
| 1. 可设置智能导联脱落功能，如果当前所选导联无法检测心电信号，监护仪自动切换相应的导联作为计算导联。 |  |  |
| 1. 支持不少于27种实时心律失常分析。 |  |  |
| 1. 支持0.67Hz高通滤波，确保波形有更好的稳定性。 |  |  |
| 1. 支持显示ECG信号质量指数，指示10个不同级别的心率信号强度。 |  |  |
| 1. 支持≥2种NIBP测量算法，最快测量时间不超过20秒。 |  |  |
| 1. 支持连续无创血压功能，实时无创监测病人血压，非NIBP连续测量模式。 |  |  |
| 1. RR 测量范围 0-200 rpm，精度6rpm~200rpm：±2rpm，0rpm~5rpm：不定义。 |  |  |
| 1. 无创血压成人测量范围：收缩压25~290mmHg，舒张压10~250 mmHg。 |  |  |
| 1. 无创血压提供手动、自动、连续、序列四种测量模式。自动模式支持自定义设置血压测量间隔，间隔时间支持从1-460分钟内的任意整数数值。 |  |  |
| 1. 支持在同一肢体上同时测量血氧和血压。 |  |  |
| 1. 实时监测弱灌注指数（PI），测量范围0-20%。 |  |  |
| 1. IBP测量范围-50 mmHg ~ +400 mmHg。 |  |  |
| 1. 血氧探头光强五级别显示，可帮助临床快速判断探头光衰程度。 |  |  |
| 1. 在新生儿模式下支持CCHD新生儿先心病筛查。 |  |  |
| 1. 支持心率变异性分析、ST分析、QT分析、24小时心电概览、24小时血压概览、早期预警评分等临床辅助功能。 |  |  |
| 1. 监护仪设计使用年限≥10年。 |  |  |
| 配置清单（单台） |  |  |
| 1.主机1台 |  |  |
| 2.成人血氧传感器1个 |  |  |
| 3.锂电池1个 |  |  |
| 4.血压气管延长管1条 |  |  |
| 5.血压袖套1个 |  |  |
| 6.心电导联线（5导联，抗除颤）1条 |  |  |
| 7.成人体表体温探头1条 |  |  |
| 8.电源线1条 |  |  |
| 9.接地线1条 |  |  |
| 保修期：≥3年 |  |  |

**（二）病人监护仪（转运）**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **技术参数** | **供应商响应参数**  **（请填写产品实际参数）** | **响应程度（满足/不满足）** |
| 1. 产品具备国家食品药品监督管理局颁发的医疗器械注册证。 |  |  |
| 1. 产品适用于成人、小儿、新生儿的监测。 |  |  |
| 1. 一体化多参数监护仪，彩色显示屏＞10英寸，分辨率不低于1280\*800，支持同屏显示8道波形以同时观察丰富的信息。 |  |  |
| 1. 电容触摸屏设计，显示屏可视角≥170 度。 |  |  |
| 1. 具备心电、呼吸、无创血压、血氧饱和度、脉率和体温监测功能。可升级双血氧、6/12电极心电监测。 |  |  |
| 1. 支持选配同品牌呼末二氧化碳（EtCO2）。 |  |  |
| 1. 支持升级IBP、C.O.等高级参数。 |  |  |
| 1. 主机不少于2个USB口，可用于外接条码枪扫描枪、键盘、U盘储存等设备，支持选配HDMI视频输出接口。 |  |  |
| 1. 支持待机模式、夜间模式、演示模式、插管模式、隐私模式。 |  |  |
| 1. 主机重量＜3.5 kg。 |  |  |
| 1. 界面显示能根据用户选择的参数数量和波形数量调节布局，最大程度的合理利用界面空间。 |  |  |
| 1. 显示屏亮度支持自动、手动调节。 |  |  |
| 1. 配有锁屏键，避免在某些使用中误操作。用户通过点击进入锁屏状态。 |  |  |
| 1. 具有多导心电监护算法，同步分析至少 2 通道心电波形，能够良好抗干扰。 |  |  |
| 1. 可设置智能导联脱落功能，如果当前所选导联无法检测心电信号，监护仪自动切换相应的导联作为计算导联。 |  |  |
| 1. 支持不少于27种实时心律失常分析。 |  |  |
| 1. 支持0.67Hz高通滤波，确保波形有更好的稳定性。 |  |  |
| 1. 支持显示ECG信号质量指数，指示10个不同级别的心率信号强度。 |  |  |
| 1. 支持≥2种NIBP测量算法，最快测量时间不超过20秒。 |  |  |
| 1. 支持连续无创血压功能，实时无创监测病人血压，非NIBP连续测量模式。 |  |  |
| 1. RR 测量范围 0-200 rpm，精度6rpm~200rpm：±2rpm，0rpm~5rpm：不定义。 |  |  |
| 1. 无创血压成人测量范围：收缩压25~290mmHg，舒张压10~250 mmHg。 |  |  |
| 1. 无创血压提供手动、自动、连续、序列四种测量模式。自动模式支持自定义设置血压测量间隔，间隔时间支持从1-460分钟内的任意整数数值。 |  |  |
| 1. 标配可充电锂电池，续航时间≥5.5h，支持在不开机情况下查看电池电量。 |  |  |
| 配置清单（单台） |  |  |
| 1.主机1台 |  |  |
| 2.成人手指血氧传感器1个 |  |  |
| 3.锂电池组1个 |  |  |
| 4.血压袖套1个 |  |  |
| 5.监护心电导联线（五导联）1条 |  |  |
| 6.血压气管延长管1条 |  |  |
| 7.充电线1条 |  |  |
| 8.接地线1条 |  |  |
| 保修期：≥3年 |  |  |

**（三）空气波压力治疗仪**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **技术参数** | **供应商响应参数**  **（请填写产品实际参数）** | **响应程度（满足/不满足）** |
| 1. 产品具备医疗器械注册证。 |  |  |
| 1. 工作环境：环境温度5℃～40℃；相对湿度≤80%；大气压范围860hPa～1060hPa；电源AC 220V±22V 50Hz±1Hz预热时间2min；输入功率150VA； |  |  |
| 1. 一键飞梭的操作模式，所有调节均可通过一个键的旋转按压实现； |  |  |
| 1. 柜式一体机型，推车设计带锁止万向轮，各种角度灵活转动； |  |  |
| 1. 设备可连续工作8小时以上； |  |  |
| 1. 工作噪声：设备正常工作时噪声应≤65dB(A)； |  |  |
| 1. 治疗时间：1～99min可调，调节步长为1min，定时误差≤±2%，最大≤±1min； |  |  |
| 1. 空气压力+神经肌肉电刺激“两功合一”； |  |  |
| 1. 空气波标配8腔充气，可选配转接口扩展为16腔； |  |  |
| 1. 空气波充气模式：8种充气模式； |  |  |
| 1. 空气波压力范围：5kPa～25kPa可调，调节步长1kPa； |  |  |
| 1. 空气波配备紧急制动按钮，可随时中止治疗程序，保证患者治疗安全无隐患； |  |  |
| 1. 空气波具有四重自动泄压功能，保护患者使用安全； |  |  |
| 1. 电疗输出频率0～900Hz，1～99级无纲常数调节； |  |  |
| 1. 电疗输出波形：无序波、菱形波、矩形波和钟形波共4种； |  |  |
| 1. 电疗治疗处方：脑梗塞模式、脑出血模式、脑外伤模式、小儿脑瘫模式共4种； |  |  |
| 1. 电疗最大输出幅度有效值≤25V； |  |  |
| 1. 电疗输出强度：1～99级无纲常数调节； |  |  |
| 1. 电疗比率：1～99级无纲常数调节； |  |  |
| 1. 电疗脉冲宽度：0.15～100ms； |  |  |
| 配置清单（单台） |  |  |
| 1.整机1台 |  |  |
| 2.电源线1根 |  |  |
| 3.气囊3个 |  |  |
| 4.输出转换器2个 |  |  |
| 5.绑带1对 |  |  |
| 6.治疗电极线1根 |  |  |
| 7.电极片2包 |  |  |
| 8.治疗电极线固定夹1个 |  |  |
| 9.上肢布套1个 |  |  |
| 10.下肢布套2个 |  |  |
| 11.防尘罩1个 |  |  |
| 保修期：≥3年 |  |  |

**（四）超声诊断仪**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **技术参数** | **供应商响应参数**  **（请填写产品实际参数）** | **响应程度（满足/不满足）** |
| 1. 设备用途: 用于神经阻滞可视化引导，心肺功能监测及血流动力学评估应用，以及介入操作的可视化引导，血管通路搭建，诊断和治疗引导等。 |  |  |
| 1. ≥15英寸高分辨率LED 显示器，可视角度≥170度，主机重量≤4kg（含电池）。 |  |  |
| 1. 系统启动时间：≤22秒，从电源启动至检查开始（冷启动）。 |  |  |
| 1. 触控面板操作，防泼溅、防尘、防异物（非轨迹球操作方式）。 |  |  |
| 1. ≥12英寸触摸操作屏，按键支持自定义设置，包括移动、增加、删除，支持手写及带橡胶手套操作。 |  |  |
| 1. 可自定义物理按键≥3个。 |  |  |
| 1. 低平的物理按键，完全密封边缘，以最大限度地控制感染。 |  |  |
| 1. 机器内置超声教学助手，可用于辅助医生进行神经阻滞的练习、操作，同时也可用于腹部、心脏及小器官的教学指导。 |  |  |
| 1. 电源接头为磁吸式，插拔方便。 |  |  |
| 1. 腹部，频率为1.3-6MHZ；三按键线阵探头，频率为3-12MHZ；相控阵探头，频率范围：1.5-4.5MHz。 |  |  |
| 1. ▲所配软件为该机型的最新版本，并且具有升级能力，可选配组织多普勒组件、造影组件、弹性成像组件等高级功能，以注册证信息为准。 |  |  |
| 1. ▲穿刺针显影增强技术，提供最佳角度提示信息，实时自动及半自动追踪角度，支持凸阵探头、线阵探头并支持双幅对比显示。 |  |  |
| 1. 支持凸阵探头、线阵探头。 |  |  |
| 1. 提供最佳角度提示信息。 |  |  |
| 1. 支持双幅对比显示。 |  |  |
| 1. 二维灰阶模式 |  |  |
| 16.1 扫描频率：电子凸阵：超声频率 |  |  |
| 16.2最大显示深度:≥38cm |  |  |
| 16.3 TGC: ≥8段，LGC: ≥4段（非拨杆调节） |  |  |
| 16.4 动态范围: 30-280dB，可视可调 |  |  |
| 16.5 增益调节: B/M/D分别独立可调，≥100 |  |  |
| 16.6 伪彩图谱: ≥8种 |  |  |
| 1. 彩色多普勒成像 |  |  |
| 17.1包括速度、速度方差、能量、方向能量显示等 |  |  |
| 17.2显示方式：B/C、B/C/M、B/POWER、B/C/PW |  |  |
| 17.3取样框偏转: ≥±30度 (线阵探头)，取样框可根据探头血流方向自动调节 |  |  |
| 17.4支持B/C 同宽 |  |  |
| 18.频谱多普勒模式 |  |  |
| 18.1 显示控制：反转、零移位、B刷新、D扩展、B/D扩展等 |  |  |
| 18.2 PW最大速度: ≥7.5m/s |  |  |
| 18.3最小速度: ≤5mm/s |  |  |
| 18.4取样容积: 0.5-20mm |  |  |
| 18.5偏转角度: ≥±30度 (线阵探头) |  |  |
| 18.6快速角度校正 |  |  |
| 19.自动VTI测量，通过PW取样门在左室流出道区域的自动定位与PW频谱自动计算，实现一键获取VTI。同时还输出LVOT VTI（速度时间积分）、SV（每搏量）、CO（心输出量）、SVV（每搏变异度）等。 |  |  |
| 20.▲自动IVC测量：自动跟踪IVC的内径并在实时或者多帧电影状态下计算自主呼吸下的塌陷指数CI，机械通气下的扩张指数DI和IVCV，并支持快速容量状态标注，且可提供趋势图），提供证明图片 |  |  |
| 1. ▲肺部B线自动测量，支持实时与离线检测，可自动快速获取B线计数、B线间距及B线面积比等参数 |  |  |
| 1. ▲磁影技术单元，基于磁场感应技术，通过提示探头与穿刺针空间位置关系的俯视投影图、磁场信号强度、带刻度标尺的引导延长线等图标，能够实时引导、提示针体与针尖位置 |  |  |
| 1. 测量分析和报告 |  |  |
| 23.1常规测量软件包 |  |  |
| 23.2多普勒测量（自动或手动包络测量，自动计算测量参数） |  |  |
| 23.3神经专用测量软件包 |  |  |
| 23.4心脏功能专用测量软件包 |  |  |
| 23.5急重诊应用测量软件包 |  |  |
| 1. 连通性和外部数据管理 |  |  |
| 24.1具备DICOM基础功能，可通过网络将图像传输到DICOM服务器 |  |  |
| 24.2 4个USB 3.0端口 |  |  |
| 24.3▲以太网端口，内置无线网卡，借助网络，可在机器上一键将动态或静态图像传输至移动应用端群组内；超声设备上具备可自行设置的隐私数据脱敏传输开关，用户可选择传输图像是否包含病人信息 |  |  |
| 24.4支持实时远程会诊系统 |  |  |
| 1. 电源供应：系统通过电池或交流电源运行、可充电锂电池，连续使用时间≥80分钟 |  |  |
| 1. 配备专用台车，支持液压升降，支持交流供电，可收纳纸巾、检查单等 |  |  |
| 1. 保修期：厂家提供主机、探头及台车≥3年保修 |  |  |
| 配置清单（单台） |  |  |
| 1.主机1台 |  |  |
| 2.电源适配器1个 |  |  |
| 3.超声探头≥3个 |  |  |
| 4.台车1台 |  |  |
| 保修期：≥3年 |  |  |

**五、报名型号产品信息**

**（一）厂家自身产品主要参数及配置清单（必填）**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **（设备名称）** | 1. **技术参数（仅供参考，非最终招标参数）** 2. XXX 3. XXX 4. XXX 5. ... 6. **配置清单（仅供参考，非最终招标配置清单）**  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | 序号 | 名称 | 数量 | 单位 | | 1 |  |  |  | | 2 |  |  |  | | 3 |  |  |  | | 4 |  |  |  | | 5 |  |  |  | | 6 |  |  |  | | 7 |  |  |  | | 8 |  |  |  | | 9 |  |  |  | |

**（二）与能满足参数要求的其它品牌型号的产品对比表**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **报名设备参数** | **品牌型号1** | **品牌型号2** | **品牌型号3** |
| **1** |  |  |  |  |
| **2** |  |  |  |  |
| **3** |  |  |  |  |
| **…** |  |  |  |  |
| **列明对比品牌的市场占比份额并说明数据来源** | | | | |
|  | **本设备市场占比** | **品牌型号1市场占比** | **品牌型号2市场占比** | **品牌型号3市场占比** |
|  |  |  |  |  |
| **注：在此说明上述市场占比数量来源（如行业研究报告、市场分析报告资料等，可提供相关截图或网站链接等）** | | | | |

**（三）产品彩页**

（**四）产品检测报告等相关证书**

**注：请三种产品的相关信息六、售后服务方案**

**（一）制造商产品售后服务方案承诺书（需加盖制造商鲜章）**

**注：售后服务方案至少明确以下内容**

1. 提供厂家及其代理商对采购人的售后服务承诺书。
2. 提供至少3年原厂整机免费保修，终身维修。
3. 供应商在接到设备出现故障通知后，要求4—6小时内到达现场，24小时内解决。若不能解决，采购人有权追究其责任和损失。
4. 供应商应该提供设备的使用手册及维修手册；在广东地区有专业的维修工程师和维修点及零配件库，并提供安装工程师名单和国内维修电话。
5. 零配件在该设备停产后还需保证8年的供应。
6. 投标人和所投产品及其相关耗材必须符合中华人民共和国所有相关法规要求。
7. 乙方提供维护手册、维修手册、软件备份、故障代码表、备件清单、零部件、维修密码等维护维修必需的材料和信息。
8. 属于法定商检的产品，须进行商检，提供相关报关资料证明；属于计量器具（包含强检和非强检）的设备必须提供首次检定合格证书或校准证书；属于射线装置的，按院方要求协助办理放射诊疗和辐射安全许可相关各种手续；需要第三方验收的设备需提供有资质部门验收检测报告；需要与医院信息系统联网的，乙方必须无偿开放接口，并协助联网。上述各项费用均由乙方负责。
9. 乙方提供的医疗设备自带信息系统的，须符合或达到国家信息安全等级保护三级及以上要求。信息系统必须在院方指定服务器上部署与运行,业务数据必须本地保存,并接受医院设备信息科安全监管与管理。乙方不得以在设备中留有任何可能导致甲方数据泄密的软件“后门”，不得以任何方式向第三方批露或提供给第三方使用。发生泄密事件,甲方有权追究乙方的经济和法律责任,但因甲方及其授权的任何工作人员自身过错导致其该项目发生泄密而产生损失的,乙方不承担任何法律责任。
10. 乙方对操作人员和工程技术人员进行培训，提供培训资料，考核合格。
11. 保修期间应包含按需更换的零配件，如有不含在维保范围内的消耗品需附清单及各项报价，不进行报价则视为免费更换使用。

**（二）保修期及期满后维修折扣承诺**

注：保修期满后，供应商应以优惠价供应维修零配件、消耗品和延续保修。价格最高的前5项零配件、消耗品和延续保修的报价明细必须填写于《零配件、消耗品和延续保修报价明清单》中。保修期结束后可就优惠价进行谈判，但最终价格不得高于此次供应商承诺价格。

**零配件、消耗品报价明清单**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **货物名称** | **规格及型号** | **原产地** | **品牌** | **数量** | **折扣后单价（元）** |
| **1** |  |  |  |  |  |  |
| **2** |  |  |  |  |  |  |
| **3** |  |  |  |  |  |  |
| **4** |  |  |  |  |  |  |
| **5** |  |  |  |  |  |  |

**保修期后的保修费用**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **保修期满后每年费用** | **金额或比例** | **备注** |
| **第1年** |  |  |
| **第2年** |  |  |
| **第3年** |  |  |
| **备注：**  **1.供应商对提供的产品在保修期满后，每增加一年的保修服务，所需费用进行填写。**  **2.填写内容可以是具体金额或者以原设备采购合同总价为基准，填写比例（如 3%等）。** | | |

**七、同类项目业绩**

**同类项目业绩一览表**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **签订合同日期** | **项目名称** | **客户名称** | **成交金额（元）** | **成交品牌型号** |
| 1 |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |

备注：本公司近三年同类型同型号设备项目的业绩，提供不少于五个即可：（省内三甲医院优先）

附件：提供同类设备项目的中标通知书或合同关键页或中标公告截图以及该合同验收情况的用户评价（备注：附件请按表格序号依次排列）。

**八、其他特殊要求**

**（一）提供设备生产厂家对报名产品的设计使用范围、期限等信息（如说明书、注册证、铭牌等）复印件或照片，并提供设备使用超出范围后使用可能存在潜在临床风险及法规问题，说明文件并加盖原厂及报名公司公章。**

**（二）报名型号对新建科室机房场地尺寸、承重、职业防护、周围建筑物、用水、用电、用气等的特殊要求说明。（没有要求则写无）**

**（三）报名型号对使用人员资质、行政许可的特殊要求说明。（没有要求则写无）**

**（四）属于射线装置的，销售供应商还应提供《辐射安全许可证》。（不属于射线装置请说明）**

**九、供应商参与采购需求调查的声明函**

南方医科大学中西医结合医院：

我司清楚知悉并理解贵单位开展本次采购需求调查的目标主要是为了调查市场主体情况，了解行业市场竞争程度，为项目的成功实施提供更充分的参考和依据，以获得多样化的意见。我司清楚并明晰以下注意事项：

1. 本次需求调查提供的项目需求仅供供应商参考，如果项目需求中存在有歧视性、排他性或限制性的内容，我司能够理解这并不属于采购人的本意。
2. 我司知悉并清楚本次调研仅作为采购人编制采购需求的参考，参与本次调研并不代表取得订单。

（3）我司将根据采购人提供的项目需求，准确提炼采购人本次采购需要达到的功能和使用要求，并根据理解，客观真实提供自己的意见和建议。

（4）我司认为项目需求中有歧视性、排他性或者限制性的内容，将根据本次调查提供的表格模板要求，本着诚实信用原则，真实填写意见和建议。

（5）我司知悉本次调研的项目需求为本项目的初步需求，采购人可视调研情况进行调整，并充分理解采购人在采购需求调查中可能会充分考虑供应商提供的意见和建议，以合理制定本项目的具体采购需求。同时，我司严格履行商业道德，不提供不实意见或建议，或者不以恶意方式和手段影响采购人采购活动正常开展。

（6）我司本次参与调研产品不存在任何侵权等法律纠纷或质疑投诉等情况。

供应商（加盖公章）：

日期： 年 月 日

**十、调研意见、建议反馈表**

|  |
| --- |
| **采购需求调研问卷表** |
| 1. 本项目“用户需求”是否具有倾向性？如有，该如何修改加以避免？   2、本项目所处行业、产业的产业发展情况（包括产品的工作原理、历年的技术发展情况等）  3、本项目所处行业的市场供给情况（包括国产产品、进口产品的市场供给情况等）  4、供应商认为需要提交的建议（对于采购需求等方面的建议）    项目联系人签字：  供应商名称（加盖公章）：  日期： 年 月 日 |

**附件1 中小企业声明函**

本公司郑重声明，根据《政府采购促进中小企业发展管理办法》（财库﹝2020﹞46号）的规定，本公司属于 行业，从业人员 人，营业收入为 万元，资产总额为 万元，属于（中型企业、小型企业、微型企业）；

本公司对上述声明内容的真实性负责。如有虚假，将依法承担相应责任。

公司名称（盖章）：

日期： 年 月 日

备注：

1、从业人员、营业收入、资产总额填报上一年度数据，无上一年度数据的新成立企业可不填报。

2、报名人应当对其出具的《中小企业声明函》真实性负责，报名人出具的《中小企业声明函》内容不实的，属于提供虚假材料。

3、报名人为生产厂家的，由生产厂家出具声明函；报名人为代理商（经销商）的，同时出具生产厂家的声明函和代理商（经销商）的声明函。

**附件2 法定代表人授权委托书**

致：**南方医科大学中西医结合医院**

本授权委托书声明：*（法定代表人姓名）*是注册于*（国家或地区）*的*（供应商名称）*的法定代表人，现授权*（授权代表姓名，职务）*作为我公司的全权代理人，就*(项目名称)*的采购需求调查活动，以我方的名义处理与之相关的一切事宜。

本授权书自法定代表人签字（盖个人名章）之日起生效，直至以上项目采购需求调查活动结束为止。

特此声明。

报名公司名称（加盖公章）：

法定地址：

报名公司法定代表人（签字或盖章）：

报名公司授权代表（签字或盖章）：

授权代表人联系方式（**固定电话+手机号码**）：

日期： 年 月 日

附：投标人授权代表身份证件扫描件或复印件

|  |
| --- |
| 身份证件（正反面）扫描件或粘贴复印件 |