**广州市增城区中心医院**

**高能直线加速器采购项目**

**需求调研报名资料**

|  |  |
| --- | --- |
| **项目名称** | **广州市增城区中心医院高能直线加速器采购项目** |
| **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。
7. **供应商需慎重提交响应的品牌型号，不得在需求论证会议现场更改品牌型号。**

**一、报价单**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **产品名称** | **品牌** | **规格型号** | **国家/产地** | **数量/单位** | **单价(万元)** | **质保期** | **交货期** | **是否进口产品** | **医疗器械注册证** |
| **1** | **高能直线加速器** |  |  |  | **1（套）** |  |  |  |  |  |
| **合计** | **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）** |
| 1 | 医用直线加速器主机（包含内置多叶光栅系统、电子射野影像系统（EPID）、KV-CBCT影像引导系统（含四维图像引导功能或分次内影像引导功能）、呼吸门控系统、碳纤维六维精确治疗床。） |  |  |  | 1 | 套 |  |
| 2 | 放射治疗计划系统（8台物理师工作站+4台医生工作站+服务器1台） |  |  |  | 1 | 套 |  |
| 3 | 等中心检测仪 |  |  |  | 1 | 套 |  |
| 4 | 一维水箱 |  |  |  | 1 | 套 |  |
| 5 | 固体水 |  |  |  | 1 | 套 |  |
| 6 | 干燥箱 |  |  |  | 2 | 套 |  |
| 7 | 放疗靶区智能勾画系统 （软硬件）（基于局域网、以太网、B/S的放疗靶区勾画平台。所投的放疗靶区勾画产品需具备国家NMPA三类医疗器械注册证。） |  |  |  | 1 | 套 |  |
| 8 | 辐射巡检仪 |  |  |  | 1 | 套 |  |
| 9 | 晨检仪 |  |  |  | 2 | 套 |  |
| **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** |  |

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。

**3、供应商需慎重提交响应的品牌型号，不得在需求论证会议现场更改品牌型号。**

 **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）** |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |
| **…** | · |  |  |  |  |  |  |

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）**

**（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2）**

**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3）**

**（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）**

**（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. **参数要求响应情况**
2. **高能直线加速器参数**

| **序号** | **技术指标** | **建议参数** | **供应商响应参数（请填写产品实际参数）** | **响应情况（填全部满足、部分满足或不满足）** |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | 主系统基本要求 | 投标产品须具备普通X线放疗、电子线放疗、三维适形放疗、静态/动态调强、图像引导调强放疗、容积旋转调强及放射外科功能等临床功能。提供该型号具备全部配置和功能 |  |  |
| 1.1 | 加速管类型 | 驻波或行波 |  |  |
| 1.2 | 微波功率源 | 速调管或磁控管 |  |  |
| 1.3 | 微波功率 | 峰值功率≥5MW |  |  |
| 1.4 | 系统内部的计算机控制体系 | 应具有临床应用模式，特殊治疗应用模式，拍片模式，物理模式和维修模式 |  |  |
| 1.5 | 提供运动管理接口，以便连接第三方运动监测设备，用于患者摆位验证或呼吸运动管理 | 提供运动管理接口，以便连接第三方运动监测设备，用于患者摆位验证或呼吸运动管理 |  |  |
| 2 | **X线束流特性** |  |  |  |
| 2.1 | X射线能量 | 常规剂量率模式6MV(按照BJR11标准)； |  |  |
| 常规剂量率模式10MV(按照BJR11标准)； |  |  |
| 高剂量率模式6X：≥1400MU/min |  |  |
| 高剂量率模式：≥2200MU/min |  |  |
| 2.2 | 各X射线能量挡最大剂量建成深度Dmax（SSD=100cm，10×10cm射野） | 常规剂量率模式：6MV: ≥1.5cm±0.15cm； |  |  |
| 高剂量率模式：6X: 1.5cm±0.15cm |  |  |
| 2.3 | 各X射线能量挡百分深度剂量（水下10cm, SSD=100cm，10×10cm射野） | 常规剂量率模式：6MV: ≥67%±1.0%； |  |  |
| 高剂量率模式：6X: ≥64.3%±1.0% |  |  |
| 2.4 | 最大剂量率(Dmax, SSD=100cm, 10×10cm射野) | 常规剂量率模式≥600MU/Min； |  |  |
| 高剂量率模式≥1400MU/Min (6X) |  |  |
| 2.5 | X射线平坦度(水下10cm, SSD=100cm) | X射线平坦度(水下10cm, SSD=100cm)≤ ±3% (高剂量率模式除外) |  |  |
| 2.6 | X射线对称性(水下10cm，SSD=100cm) | X射线对称性(水下10cm ,SSD=100cm)≤ 2% |  |  |
| 2.7 | 提供影像验证设备 | 低能X线或机载KV级CBCT |  |  |
| 3 | **电子线束流特性** |  |  |  |
| 3.1 | 电子线能量 | 电子线能量：提供5档 |  |  |
| 3.2 | 电子线平坦度 | 电子线平坦度：≤±5% |  |  |
| 3.3 | 常规电子线最大剂量率 | 常规电子线最大剂量率：≥600MU/Min |  |  |
| 3.4 | 电子线中的X线污染 | 电子线中的X线污染：≤5% |  |  |
| 3.5 | 限光筒 | 提供一套至少5个电子线限光筒 |  |  |
| 3.6 | 具有机械安全防碰撞联锁装置 | 具有机械安全防碰撞联锁装置 |  |  |
| 4 | **剂量监测系统** |  |  |  |
| 4.1 | 出束稳定时间 | 出束稳定时间：≤ 0.5s |  |  |
| 4.2 | 剂量稳定性误差 | 剂量稳定性误差：在5个工作日内稳定性偏差≤2% |  |  |
| 4.3 | 电离室结构 | 四通道以上电离室 |  |  |
| 5 | **机械运动系统** |  |  |  |
| 5.1 | 机架旋转角度范围 | 机架旋转角度范围：≥ ±182.5° |  |  |
| 5.2 | 机架旋转精度 | 机架旋转精度：≤0.5° |  |  |
| 5.3 | 源轴距(SAD) | 源轴距(SAD)：100±0.2cm |  |  |
| 5.4 | 等中心高度 | 等中心高度：≤ 130cm |  |  |
| 5.5 | 等中心到机头的净空间 | 等中心到机头的净空间：≥ 41.5cm |  |  |
| 5.6 | 机架和准直器等中心精度 | 机架和准直器等中心精度：≤ ±0.75mm |  |  |
| 5.7 | 独立准直器系统 | 具备独立准直器系统 |  |  |
| 5.8 | 准直器系统旋转精度 | 准直器系统旋转精度：≤ ±0.5° |  |  |
| 5.9 | 独立准直器射线穿射率 | 独立准直器射线穿射率：≤0.5% |  |  |
| 6 | **多叶准直器** |  |  |  |
| 6.1 | 叶片在等中心处的最小投影宽度 | 叶片在等中心处的最小投影宽度：≤5mm |  |  |
| 6.2 | 叶片数量 | 叶片数量：≥ 120 |  |  |
| 6.3 | 叶片运动速度 | 叶片运动速度：≥ 2.5cm/s |  |  |
| 6.4 | 叶片位置精度 | 叶片位置精度：≤ ±1mm |  |  |
| 6.5 | 多叶准直器最大照射野 | 多叶准直器最大照射野：40cm x 40cm |  |  |
| 6.6 | 叶片端面过等中心距离 | 叶片端面过等中心距离: ≥ 15cm |  |  |
| 6.7 | 叶片端面半影值(6MV,Dmax,SAD=100cm, 10×10cm射野) | 叶片端面半影值(6MV, Dmax,SAD=100cm,10×10cm射野): ≤6mm |  |  |
| 7 | **治疗模式:** |  |  |  |
| 7.1 | 支持静态调强放疗 | 支持静态调强放疗 |  |  |
| 7.2 | 支持动态调强放疗 | 支持动态调强放疗 |  |  |
| 7.3 | 支持容积旋转调强放疗，机架旋转速度、照射野形状、剂量率均可连续动态变化 | 支持容积旋转调强放疗，机架旋转速度、照射野形状、剂量率均可连续动态变化 |  |  |
| 7.4 | 支持门控容积旋转调强放疗 | 支持门控容积旋转调强放疗 |  |  |
| 7.5 | 支持立体定向放疗功能 | 支持立体定向放疗功能 |  |  |
| 7.6 | 支持共面、非共面立体定向放射治疗功能 | 支持共面、非共面立体定向放射治疗功能 |  |  |
| 8 | **六维治疗床** |  |  |  |
| 8.1 | 运动控制 | 运动控制: 水平运动和等中心转动可手动或电动，其它运动可电动。所有电动可无级调速。所有运动可远程控制。 |  |  |
| 8.2 | 负载能力 | 负载能力: ≥ 150kg |  |  |
| 8.3 | 垂直移动范围 | 垂直移动范围:≥ 96cm |  |  |
| 8.4 | 前后移动范围 | 前后移动范围: ≥ 100cm |  |  |
| 8.5 | 左右移动范围 | 左右移动范围:≥ ±24.5cm |  |  |
| 8.6 | 治疗床的等中心旋转体范围 | 治疗床的等中心旋转体范围: ≥ ±95˚ |  |  |
| 8.7 | 治疗床的等中心旋转误差 | 治疗床的等中心旋转误差: ≤ ±0.5˚ |  |  |
| 8.8 | 床面转动范围 | 床面转动范围：≥ ±3˚ |  |  |
| 8.9 | 在等中心旋转±6˚之内的旋转误差 | 在等中心旋转±6˚之内的旋转误差：≤ 0.3° |  |  |
| 8.10  | 在等中心点±5cm内，摆位误差 | 在等中心点±5cm内，摆位误差：≤ 0.6mm |  |  |
| 8.11 | 提供自动增量移床功能 | 提供自动增量移床功能：支持自动管理基于治疗计划的从初始标记位置到治疗等中心位置的移动 |  |  |
| 9 | **kV级X线影像系统** |  |  |  |
| 9.1 | MV与KV等中心一致性 | MV与KV等中心一致性：≤1mm |  |  |
| 9.2 | 具有防碰撞安全连锁功能 | 具有防碰撞安全连锁功能 |  |  |
| 9.3 | CBCT重建视野（FOV） | 头部≥25cm |  |  |
|  | CBCT重建视野（FOV） | 体部≥46cm |  |  |
| 9.4 | CBCT最小重建层厚 | CBCT最小重建层厚：1mm |  |  |
| 9.5 | CBCT最高空间分辨率 | CBCT最高空间分辨率：≥10 lp/cm |  |  |
| 9.6 | CBCT的HU精度 | CBCT的HU精度：≤±50HU |  |  |
| 9.7 | 具备二维影像引导模式 | 具备二维影像引导模式 |  |  |
| 9.8 | 具备三维影像引导模式 | 具备三维影像引导模式 |  |  |
| 9.9 | 具备四维影像引导模式 | 具备四维影像引导模式 |  |  |
| 9.10  | 提供2D/3D匹配功能，通过2D正交平片与计划CT比较计算，得出六自由度摆位误差 | 提供2D/3D匹配功能，通过2D正交平片与计划CT比较计算，得出六自由度摆位误差 |  |  |
| 10 | **电子射野影像系统** |  |  |  |
| 10.1 | 图像成像器的有效感应面积 | 图像成像器的有效感应面积： ≥ 41cm x 41cm |  |  |
| 10.2 | 具有防碰撞安全连锁功能 | 具有防碰撞安全连锁功能 |  |  |
| 10.3 | 具备患者计划剂量验证功能（2套license） | 具备患者计划剂量验证功能（2套license） |  |  |
| 11 | **呼吸门控系统** |  |  |  |
| 11.1 | 提供呼吸式门控系统  | 提供呼吸式门控系统 1套,满足加速器端和CT端临床使用 |  |  |
| 11.2 | 支持治疗中呼吸门控自动触发成像或治疗中图像引导功能 | 支持治疗中呼吸门控自动触发成像或治疗中图像引导功能 |  |  |
| 11.3 | 支持呼吸门控放射治疗 | 支持呼吸门控放射治疗 |  |  |
| 11.4 | 支持呼吸门控下的容积旋转调强放疗 | 支持呼吸门控下的容积旋转调强放疗 |  |  |
| 12 | 配套设备 | 配套设备 |  |  |
| 12.1 | 提供稳压电源 | 提供稳压电源1台 |  |  |
| 12.2 | 提供水冷机 | 提供水冷机1台 |  |  |
| 12.3 | 提供激光定位系统 | 提供激光定位系统1套 |  |  |
| 12.4 | 提供监视与对讲系统 | 提供监视与对讲系统1套 |  |  |
| 12.5 | 提供维修工具 | 提供维修工具1套 |  |  |
| 12.6 | 提供以下体模：提供CBCT质控模体。 | 提供CBCT质控模体，用于测量CBCT图像对比度、空间分辨率和均匀性的模体。 |  |  |
| 提供KV成像系统质控模体。 | 提供KV成像质控模体，用于测量kV成像系统的空间分辨率和对比度。 |  |  |
| 提供MV对比度模体。 | 提供MV对比度模体 |  |  |
| 提供几何参数模体。 | 提供几何参数模体，用于图像引导治疗流程的质量控制。 |  |  |
| 13 | 放疗计划系统要求 | 提供服务器1套 |  |  |
| 13.1 | 可用于设计制定电子线、三维适形、静态调强、动态调强和容积旋转调强放射治疗计划。 | 可用于设计制定电子线、三维适形、静态调强、动态调强和容积旋转调强放射治疗计划。 |  |  |
| 13.2 | 要求具备CT模拟功能，能融合多种影像以准确确定靶区及其它组织； | 要求具备CT模拟功能，能融合多种影像以准确确定靶区及其它组织； |  |  |
| 13.3 | 提供4套物理工作站和8套医生工作站，包含所需的计算机硬件，操作系统，应用软件和外设。 | 提供8套物理工作站和4套医生工作站，包含所需的计算机硬件，操作系统，应用软件和外设。 |  |  |
| 14 | 肿瘤放疗信息管理系统要求 | 提供加速器、治疗计划系统、图像引导系统等所有设备必须开放接口，配合科室现有的肿瘤信息管理系统的工程师完成设备对接 |  |  |
| 15 | 直线加速器网络服务器，满足加速器正常运转的网络服务器 | 直线加速器网络服务器，满足加速器正常运转的网络服务器一套，存储空间20T以上，提供正版最新操作系统。单独报价 |  |  |
| **17** | 质控工具 | 1.射线束扫描系统（四维调强剂量验证系统）1套，病人治疗计划剂量验证，用于 IMRT,弧形照射（ART）, VMAT 治疗技术的4D验证，提供3DVH，在体剂量验证等功能。 |  |  |
| 2.剂量仪1套，用于加速器每周绝对剂量标定； |  |  |
| 3. 0.6ccFarmer防水型电离室2套，亚克力外壁，铝质中心电极， 包含电离室专用储运箱。 |  |  |
| 4.立体定向小野测量专用探头1套，灵敏体积0.016cc，电缆长1.3米，TNC接口，包含电离室专用储运箱。 |  |  |
| 5.平行板电离室1套，用于高能电子线绝对剂量测量，灵敏体积：0.02 cm³,.可用射线质范围：电子 （2 - 45）MeV,连接系统TNC。 |  |  |
| 6.延长电缆，根据科室需求配置。 |  |  |
| 18 | 常用零配件 | 常用零配件 1套 |  |  |
| **二、配置清单** |  |  |
| 1 | 医用直线加速器主机 | 1套；包含内置多叶光栅系统、电子射野影像系统（EPID）、KV-CBCT影像引导系统（含四维图像引导功能或分次内影像引导功能）、呼吸门控系统、碳纤维六维精确治疗床。 |  |  |
| 2 | 放射治疗计划系统 | 8台物理师工作站+4台医生工作站+服务器1台 |  |  |
| 3 | 等中心检测仪 | 1套 |  |  |
| 4 | 一维水箱 | 1套 |  |  |
| 5 | 固体水 | 1套 |  |  |
| 6 | 干燥箱 | 2套 |  |  |
| 7 | 放疗靶区智能勾画系统 （软硬件） | 1套；基于局域网、以太网、B/S的放疗靶区勾画平台。所投的放疗靶区勾画产品需具备国家NMPA三类医疗器械注册证。 |  |  |
| 8 | 辐射巡检仪 | 1套 |  |  |
| 9 | 晨检仪 | 2套 |  |  |
| **三、商务条款** |  |  |
| 1 | 保修期： | ≥ 1 年 |  |  |
| 2 | 交货期： | ≤60 天 |  |  |
| 3 | 国家NMPA三类医疗器械注册证 | 具备 |  |  |
| 4 | 1. 保修期内免费维修维护，免费更换零配件，不产生任何额外费用（含人工费）。软件终身免费升级。 | 1. 保修期内免费维修维护，免费更换零配件，不产生任何额外费用（含人工费）。软件终身免费升级。 |  |  |
| 5 | 2. 乙方需根据甲方需求提供厂家培训资料、技术手册(使用、维修、保养资料)、全套设备结构线路图、维修软件和维修密钥等材料和信息。 | 2. 乙方需根据甲方需求提供厂家培训资料、技术手册(使用、维修、保养资料)、全套设备结构线路图、维修软件和维修密钥等材料和信息。 |  |  |
| 6 | 3. 乙方需提供由厂家出具（加盖厂家公章）的保修证明。 | 3. 乙方需提供由厂家出具（加盖厂家公章）的保修证明。 |  |  |
| 7 | 4. 该项目是/否包含有限寿命损耗件，此类损耗件保修期内付费/免费更换。 | 4. 该项目是/否包含有限寿命损耗件，此类损耗件保修期内付费/免费更换。 |  |  |
| 8 | 5. 系统应用的软件均为正版，且需提供正版软件授权或软件著作书等相关证明文件。 | 5. 系统应用的软件均为正版，且需提供正版软件授权或软件著作书等相关证明文件。 |  |  |
| 9 | 6. 提供现场培训，以及医师、物理师、技师各2名在厂家培训基地进行培训。提供1名设备科工程师在厂家培训基地进行培训。 | 6. 提供现场培训，以及医师、物理师、技师各2名在厂家培训基地进行培训。提供1名设备科工程师在厂家培训基地进行培训。 |  |  |
| 10 | 7.供应商和生产厂家均有辐射安全许可证。 | 7.供应商和生产厂家均有辐射安全许可证。 |  |  |
| 11 | 8.本项目属于交钥匙工程，中标供应商和厂家需要配合完成场地布置基本条件配备：1.厂家提供设备基础及电缆沟施工尺寸等配合施工图纸，具体由代建方负责实施。2.厂家负责电缆沟内电缆施工及上方活动盖板收口。3.厂家负责提供机房专用配电柜后端的电缆、控制柜等材料设备施工安装，设备的弱电接驳。4.厂家负责提供设备安装相关固定件及安装。5.厂家负责提供设备操作台等基本配置及安装。 | 8.本项目属于交钥匙工程，中标供应商和厂家需要配合完成场地布置基本条件配备：1.厂家提供设备基础及电缆沟施工尺寸等配合施工图纸，具体由代建方负责实施。2.厂家负责电缆沟内电缆施工及上方活动盖板收口。3.厂家负责提供机房专用配电柜后端的电缆、控制柜等材料设备施工安装，设备的弱电接驳。4.厂家负责提供设备安装相关固定件及安装。5.厂家负责提供设备操作台等基本配置及安装。 |  |  |

**五、报名型号产品信息**

**（一）产品主要参数及配置（技术说明书）**

**（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** |  |  |  |  |
| **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**

**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. 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。
2. 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。
3. 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。
4. 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。
5. 提供至少**5年**原厂免费保修期，保修期内三包原则（包修、包换、包退）。质保期内设备完好率不小于95%。
6. 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 |  |  |  |  |  |

备注：本公司近三年同类型同型号设备项目的业绩，提供不少于四个即可：（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**

广州市增城区中心医院：

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（制造商）**

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，本项目所投产品 （设备名称） 的制造商为 ，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**

**中小企业声明函（供应商）**

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3**

**法定代表人授权委托书**

致：**广州市增城区中心医院**

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 |