**正本/副本**

**湛江市第一中医医院采购需求及询价会**

**（编号： ）**

**需求调研报名资料**

**项目名称：**

**品 牌：**

**型 号：**

**报名单位名称（盖章）：**

**报名单位地址：**

**报名单位联系人：**

**联系方式：**

**邮 箱：**

**备注：**

**1、每个项目一份产品资料书，不接受装订不规范的文件。**

**2、产品资料书纸质版外包装使用此封面，封口处贴封条并加盖公章。**

**目 录**

[一、报名表 2](#_Toc27787)

[二、功能要求响应情况表 3](#_Toc10523)

[三、产品易损零配件、高值零配件及易消耗零配件情况 42](#_Toc30116)

[四、产品是否有专机专用耗材或无须耗材承诺函 43](#_Toc26826)

[五、产品安装场地要求条件 44](#_Toc3426)

[六、产品白皮书及产品彩页 45](#_Toc30391)

[七、资质审查 46](#_Toc9919)

[八、用户名单 47](#_Toc23298)

[九、售后承诺 48](#_Toc8282)

[十、 产品报价单 49](#_Toc9712)

**一、报名****表**

**报名表**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **公告名称** | 湛江市第一中医医院 采购需求及询价调研公告  （编号： ） | | |
| **公告项目名称** |  | | |
| **报名单位名称**  **（加盖公章）** |  | | |
| **报名单位地址** |  | | |
| **报名时间** | **202 年 月 日** | | |
| **报名单位联系人** |  | | |
| **报名单位座机** |  | | |
| **联系人手机号码** |  | | |
| **报名单位电子邮箱** |  | | |
| **产品名称** | **（注：一个产品一张报名表）** | | |
| **产品型号** |  | | |
| **生产厂家** |  | | |
| **产品数量** |  | | |
| **医疗器械类别** | □一类 □二类 □三类 □未纳入管理类 | **国产/进口** | □国产 □进口 |
| **产品单价（含税）** |  | | |
| **产品总价（含税）** |  | | |
| **质保期（年）** |  | | |

**二、功能要求响应情况表**

**PT凳(医用诊疗椅)设备功能要求响应情况表**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **序号** | **设备名称：PT凳(医用诊疗椅)** | |
| **一** | **功能要求** | **报名公司响应** |
| 1.1 | 规格尺寸：600×600×420～560mm，允差±50mm。 |  |
| 1.2 | 升降功能：升降轻便灵活，无噪音。 |  |
| 1.3 | 椅面载荷：静载荷不小于135kg。 |  |
| 1.4 | 功能适用：治疗师对患者进行手法治疗时可移动式的坐具。 |  |
| **二** | **是否需要配套使用耗材** 是□ 否 ☑  **是否专机专用耗材**  是 □ 否 ☑ |  |
| 2.1 | **耗材名称及价格** |  |
|  | 无 |  |
| **三** | **配置要求** |  |
| 3.1 | 无 |  |
| **四** | **服务要求** |  |
| 4.1 | 交货期（15）天 |  |
| 4.2 | 整机原厂保修期限≥（2）年 |  |
| 4.3 | 是否在广东省进口目录清单内 是 □ 否 ☑ |  |
| **五** | **其他要求（若有）** |  |
| 5.1 | 无 |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **六** | **设备技术参数表（请在此处将设备技术参数填写完整）** | | |
|  | 对应参数（如果核心/重要参数请标识★/▲） | 参数对应功能描述 | 是否满足3家 |
| 6.1 |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**参会单位需要提供详细准确的技术参数，对提供的资料的真实性负责，如有作假，一经发现，立即取消资格，二年内禁止参加我院所有项目的调研询价邀请。**

**壁筒式医用电子血压计设备功能要求响应情况表**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **序号** | **设备名称：壁筒式医用电子血压计** | |
| **一** | **功能要求** | **报名公司响应** |
| 1.1 | 一机两用（血压+脉波双监测）。 |  |
| 1.2 | 免绑臂带。 |  |
| 1.3 | 双人/客人多种模式。 |  |
| 1.4 | 进口芯片。 |  |
| **二** | **是否需要配套使用耗材** 是□ 否 ☑  **是否专机专用耗材**  是 □ 否 ☑ |  |
| 2.1 | **耗材名称及价格** |  |
|  | 无 |  |
| **三** | **配置要求** |  |
| 3.1 | 无 |  |
| **四** | **服务要求** |  |
| 4.1 | 交货期（15）天 |  |
| 4.2 | 整机原厂保修期限≥（2）年 |  |
| 4.3 | 是否在广东省进口目录清单内 是 □ 否 ☑ |  |
| **五** | **其他要求（若有）** |  |
| 5.1 | 无 |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **六** | **设备技术参数表（请在此处将设备技术参数填写完整）** | | |
|  | 对应参数（如果核心/重要参数请标识★/▲） | 参数对应功能描述 | 是否满足3家 |
| 6.1 |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**参会单位需要提供详细准确的技术参数，对提供的资料的真实性负责，如有作假，一经发现，立即取消资格，二年内禁止参加我院所有项目的调研询价邀请。**

**高级组合式基础护理人要求响应情况表**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **序号** | **设备名称：高级组合式基础护理人** | |
| **一** | **功能要求** | **报名公司响应** |
| 1.1 | 男女生殖器可更换。 |  |
| 1.2 | 胸腔、腹腔解剖重要器官结构；胸腔、腹腔、腰椎穿刺等。 |  |
| 1.3 | 适合模拟所有的护理操作。 |  |
| **二** | **是否需要配套使用耗材** 是□ 否 ☑  **是否专机专用耗材**  是 □ 否 ☑ |  |
| 2.1 | **耗材名称及价格** |  |
|  | 无 |  |
| **三** | **配置要求** |  |
| 3.1 | 人体全身真人大小模型 |  |
| 3.2 | 合格证/保修卡、使用说明书 |  |
| **四** | **服务要求** |  |
| 4.1 | 交货期（15）天 |  |
| 4.2 | 整机原厂保修期限≥（5）年 |  |
| 4.3 | 是否在广东省进口目录清单内 是 □ 否 ☑ |  |
| **五** | **其他要求（若有）** |  |
| 5.1 | 无 |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **六** | **设备技术参数表（请在此处将设备技术参数填写完整）** | | |
|  | 对应参数（如果核心/重要参数请标识★/▲） | 参数对应功能描述 | 是否满足3家 |
| 6.1 |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**参会单位需要提供详细准确的技术参数，对提供的资料的真实性负责，如有作假，一经发现，立即取消资格，二年内禁止参加我院所有项目的调研询价邀请。**

**训练用阶梯(双向)设备功能要求响应情况表**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **序号** | **设备名称：训练用阶梯(双向)** | |
| **一** | **功能要求** | **报名公司响应** |
| 1.1 | 额定负载：135kg。 |  |
| 1.2 | 带扶手双向阶梯。 |  |
| **二** | **是否需要配套使用耗材** 是□ 否 ☑  **是否专机专用耗材**  是 □ 否 ☑ |  |
| 2.1 | **耗材名称及价格** |  |
|  | 无 |  |
| **三** | **配置要求** |  |
| 3.1 | 无 |  |
| **四** | **服务要求** |  |
| 4.1 | 交货期（15）天 |  |
| 4.2 | 整机原厂保修期限≥（2）年 |  |
| 4.3 | 是否在广东省进口目录清单内 是 □ 否 ☑ |  |
| **五** | **其他要求（若有）** |  |
| 5.1 | 无 |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **六** | **设备技术参数表（请在此处将设备技术参数填写完整）** | | |
|  | 对应参数（如果核心/重要参数请标识★/▲） | 参数对应功能描述 | 是否满足3家 |
| 6.1 |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**参会单位需要提供详细准确的技术参数，对提供的资料的真实性负责，如有作假，一经发现，立即取消资格，二年内禁止参加我院所有项目的调研询价邀请。**

**成人平衡木设备功能要求响应情况表**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **序号** | **设备名称：成人平衡木** | |
| **一** | **功能要求** | **报名公司响应** |
| 1.1 | 最大承载质量为：135kg。 |  |
| 1.2 | 面板摆动角度：-17°～+17°。 |  |
| 1.3 | 用途：偏瘫、脑瘫等运动失调患者进行平衡协调训练。 |  |
| 1.4 | 材质：多层板。 |  |
| 1.5 | 结构形式：平衡板。 |  |
| **二** | **是否需要配套使用耗材** 是□ 否 ☑  **是否专机专用耗材**  是 □ 否 ☑ |  |
| 2.1 | **耗材名称及价格** |  |
|  | 无 |  |
| **三** | **配置要求** |  |
| 3.1 | 无 |  |
| **四** | **服务要求** |  |
| 4.1 | 交货期（15）天 |  |
| 4.2 | 整机原厂保修期限≥（2）年 |  |
| 4.3 | 是否在广东省进口目录清单内 是 □ 否 ☑ |  |
| **五** | **其他要求（若有）** |  |
| 5.1 | 无 |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **六** | **设备技术参数表（请在此处将设备技术参数填写完整）** | | |
|  | 对应参数（如果核心/重要参数请标识★/▲） | 参数对应功能描述 | 是否满足3家 |
| 6.1 |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**参会单位需要提供详细准确的技术参数，对提供的资料的真实性负责，如有作假，一经发现，立即取消资格，二年内禁止参加我院所有项目的调研询价邀请。**

**平行杠(配矫正板)设备功能要求响应情况表**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **序号** | **设备名称：平行杠(配矫正板)** | |
| **一** | **功能要求** | **报名公司响应** |
| 1.1 | 杠杆直径：φ38mm。 |  |
| 1.2 | 结构形式：底架、扶手、矫正板。 |  |
| 1.3 | 额定载荷：135kg。 |  |
| **二** | **是否需要配套使用耗材** 是□ 否 ☑  **是否专机专用耗材**  是 □ 否 ☑ |  |
| 2.1 | **耗材名称及价格** |  |
|  | 无 |  |
| **三** | **配置要求** |  |
| 3.1 | 无 |  |
| **四** | **服务要求** |  |
| 4.1 | 交货期（15）天 |  |
| 4.2 | 整机原厂保修期限≥（2）年 |  |
| 4.3 | 是否在广东省进口目录清单内 是 □ 否 ☑ |  |
| **五** | **其他要求（若有）** |  |
| 5.1 | 无 |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **六** | **设备技术参数表（请在此处将设备技术参数填写完整）** | | |
|  | 对应参数（如果核心/重要参数请标识★/▲） | 参数对应功能描述 | 是否满足3家 |
| 6.1 |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**参会单位需要提供详细准确的技术参数，对提供的资料的真实性负责，如有作假，一经发现，立即取消资格，二年内禁止参加我院所有项目的调研询价邀请。**

**气囊测压表设备功能要求响应情况表**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **序号** | **设备名称：气囊测压表** | |
| **一** | **功能要求** | **报名公司响应** |
| 1.1 | 用于给各种气管插管、气管切开插管、双腔支气管插管等的高容量低压气管插管充气、放气及压力检测。 |  |
| 1.2 | 气囊测压表为弹簧管机械指针式压力表。 |  |
| 1.3 | 连接管为tpu材料。 |  |
| 1.4 | 面板保护圈为橡胶材料。 |  |
| 1.5 | 阀门要求：使充气手柄即可以为气囊充气也可以为气囊放气。 |  |
| 1.6 | 对口接口使用：可以经过连接管或直接与气管插管连接。 |  |
| **二** | **是否需要配套使用耗材** 是□ 否 ☑  **是否专机专用耗材**  是 □ 否 ☑ |  |
| 2.1 | **耗材名称及价格** |  |
|  | 无 |  |
| **三** | **配置要求** |  |
| 3.1 | 需要合格证，说明书 |  |
| **四** | **服务要求** |  |
| 4.1 | 交货期（7）天 |  |
| 4.2 | 整机原厂保修期限≥（1）年 |  |
| 4.3 | 是否在广东省进口目录清单内 是 □ 否 ☑ |  |
| **五** | **其他要求（若有）** |  |
| 5.1 | 无 |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **六** | **设备技术参数表（请在此处将设备技术参数填写完整）** | | |
|  | 对应参数（如果核心/重要参数请标识★/▲） | 参数对应功能描述 | 是否满足3家 |
| 6.1 |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**参会单位需要提供详细准确的技术参数，对提供的资料的真实性负责，如有作假，一经发现，立即取消资格，二年内禁止参加我院所有项目的调研询价邀请。**

**输液泵（双通道）设备功能要求响应情况表**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **序号** | **设备名称：输液泵（双通道）** | |
| **一** | **功能要求** | **报名公司响应** |
| 1.1 | 双通道（能单通道独立设置，亦可双通道同时使用）。 |  |
| 1.2 | 安全报警系统。 |  |
| 1.3 | 精确输注（流速控制、总量控制、多单位选择等）。 |  |
| **二** | **是否需要配套使用耗材** 是□ 否 ☑  **是否专机专用耗材**  是 □ 否 ☑ |  |
| 2.1 | **耗材名称及价格** |  |
|  | 无 |  |
| **三** | **配置要求** |  |
| 3.1 | 主机1台。 |  |
| 3.2 | 电源线。 |  |
| 3.3 | 合格证/保修卡、使用说明书。 |  |
| **四** | **服务要求** |  |
| 4.1 | 交货期（15）天 |  |
| 4.2 | 整机原厂保修期限≥（5）年 |  |
| 4.3 | 是否在广东省进口目录清单内 是 □ 否 ☑ |  |
| **五** | **其他要求（若有）** |  |
| 5.1 | 无 |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **六** | **设备技术参数表（请在此处将设备技术参数填写完整）** | | |
|  | 对应参数（如果核心/重要参数请标识★/▲） | 参数对应功能描述 | 是否满足3家 |
| 6.1 |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**参会单位需要提供详细准确的技术参数，对提供的资料的真实性负责，如有作假，一经发现，立即取消资格，二年内禁止参加我院所有项目的调研询价邀请。**

**PT训练床(电动升降)设备功能要求响应情况表**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **序号** | **设备名称：PT训练床(电动升降)** | |
| **一** | **功能要求** | **报名公司响应** |
| 1.1 | 电源条件为： |  |
| 1.1.1 | 供电电源：a.c.220V 频率50Hz； |  |
| 1.1.2 | 额定输入功率：240VA。 |  |
| 1.2 | 外观尺寸（长宽高）：2020×1240×500～1000mm，允差5%。 |  |
| 1.3 | 床面升降行程：0～500mm，允差±30mm。 |  |
| 1.4 | 最大安全载荷：200kg。 |  |
| 1.5 | 控制方式：手柄开关和脚踏开关。 |  |
| **二** | **是否需要配套使用耗材** 是□ 否 ☑  **是否专机专用耗材**  是 □ 否 ☑ |  |
| 2.1 | **耗材名称及价格** |  |
|  | 无 |  |
| **三** | **配置要求** |  |
| 3.1 | 主机1台 |  |
| 3.2 | 枕头1个 |  |
| **四** | **服务要求** |  |
| 4.1 | 交货期（15）天 |  |
| 4.2 | 整机原厂保修期限≥（2）年 |  |
| 4.3 | 是否在广东省进口目录清单内 是 □ 否 ☑ |  |
| **五** | **其他要求（若有）** |  |
| 5.1 | 无 |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **六** | **设备技术参数表（请在此处将设备技术参数填写完整）** | | |
|  | 对应参数（如果核心/重要参数请标识★/▲） | 参数对应功能描述 | 是否满足3家 |
| 6.1 |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**参会单位需要提供详细准确的技术参数，对提供的资料的真实性负责，如有作假，一经发现，立即取消资格，二年内禁止参加我院所有项目的调研询价邀请。**

**低频脉冲痉挛肌治疗仪设备功能要求响应情况表**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **序号** | **设备名称：低频脉冲痉挛肌治疗仪** | |
| **一** | **功能要求** | **报名公司响应** |
| 1.1 | 立式。 |  |
| 1.2 | 输出波形：矩形波。 |  |
| 1.3 | 四路输出。 |  |
| 1.4 | ≥20个处方。 |  |
| 1.5 | 吸附海绵预加热功能。 |  |
| **二** | **是否需要配套使用耗材** 是□ 否 ☑  **是否专机专用耗材**  是 □ 否 ☑ |  |
| 2.1 | **耗材名称及价格** |  |
|  | 无 |  |
| **三** | **配置要求** |  |
| 3.1 | 主机1台。 |  |
| 3.2 | 电源线1根。 |  |
| 3.3 | 保修卡1份。 |  |
| **四** | **服务要求** |  |
| 4.1 | 交货期（15）天 |  |
| 4.2 | 整机原厂保修期限≥（2）年 |  |
| 4.3 | 是否在广东省进口目录清单内 是 □ 否 ☑ |  |
| **五** | **其他要求（若有）** |  |
| 5.1 | 无 |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **六** | **设备技术参数表（请在此处将设备技术参数填写完整）** | | |
|  | 对应参数（如果核心/重要参数请标识★/▲） | 参数对应功能描述 | 是否满足3家 |
| 6.1 |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**参会单位需要提供详细准确的技术参数，对提供的资料的真实性负责，如有作假，一经发现，立即取消资格，二年内禁止参加我院所有项目的调研询价邀请。**

**电子生物反馈刺激仪设备功能要求响应情况表**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **序号** | **设备名称：电子生物反馈刺激仪** | |
| **一** | **功能要求** | **报名公司响应** |
| 1.1 | 分辨率(测量灵敏度)：≤2μV。 |  |
| 1.2 | 通过电极激发患者特定肢体部位肌肉伸缩运动，从而实现患者瘫疾肢体自主运动功能训练。‌ |  |
| 1.3 | 电信号频率为20-500Hz之间,幅值在反馈阀到10μV~1000μV之间时，才会触发电刺激和操作游戏。 |  |
| **二** | **是否需要配套使用耗材** 是□ 否 ☑  **是否专机专用耗材**  是 □ 否 ☑ |  |
| 2.1 | **耗材名称及价格** |  |
|  | 无 |  |
| **三** | **配置要求** |  |
| 3.1 | 主机1台。 |  |
| 3.2 | 平板1个。 |  |
| 3.3 | 电极线条。 |  |
| 3.4 | 电极片1包。 |  |
| **四** | **服务要求** |  |
| 4.1 | 交货期（30）天 |  |
| 4.2 | 整机原厂保修期限≥（2）年 |  |
| 4.3 | 是否在广东省进口目录清单内 是 □ 否 ☑ |  |
| **五** | **其他要求（若有）** |  |
| 5.1 | 无 |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **六** | **设备技术参数表（请在此处将设备技术参数填写完整）** | | |
|  | 对应参数（如果核心/重要参数请标识★/▲） | 参数对应功能描述 | 是否满足3家 |
| 6.1 |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**参会单位需要提供详细准确的技术参数，对提供的资料的真实性负责，如有作假，一经发现，立即取消资格，二年内禁止参加我院所有项目的调研询价邀请。**

**电子纤维喉镜（含影像工作站）设备功能要求响应情况表**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **序号** | **设备名称：电子纤维喉镜（含影像工作站）** | |
| **一** | **功能要求** | **报名公司响应** |
| 1.1 | 显示屏：≥8寸全视角高清显示屏。 |  |
| 1.2 | 屏幕分辨率：≥1024\*768。‌ |  |
| 1.3 | 成像原理：电子CMOS成像技术，LED灯数≥2个。 |  |
| 1.4 | 空间分辨率：≥10.10 lp/mm。 |  |
| 1.5 | 摄像景深：3~50mm。 |  |
| 1.6 | 光源色温≥2300K，光源照度≥400lx。 |  |
| 1.7 | 去雾时间：开机即可防雾，无需预热。 |  |
| 1.8 | 视野角度≥100°，能提供大范围、清晰明亮的图像。 |  |
| 1.9 | 软镜手柄插入管有十种规格可选配：  外径5.8mm/内径3.0mm；外径5.2mm/内径2.6mm；外径4.0mm/内径2.0mm；外径3.9mm/内径1.2mm；外径3.0mm/内径1.2mm； 外径2.8mm/内径0mm。 |  |
| 1.10 | 插入管可选配有效工作长度650mm或有效工作长度350mm。 |  |
| 1.11 | 插入管软管前端弯曲角度：向上弯曲≥180°，向下弯曲≥160°。 |  |
| 1.12 | 显示屏幕上下旋转角度≥120°，左右旋转角度≥190°。 |  |
| 1.13 | 具有一键拍照功能和录像功能，方便临床保存、观看特定的手术细节。 |  |
| 1.14 | 大容量内存，支持同步视频输出功能，可配合外接显示器使用，方便教学和显示。 |  |
| 1.15 | 具有图像冻结功能，具有白平衡调节功能。 |  |
| 1.16 | 电池：≥6400mAh锂离子电池，连续工作时间＞4小时。 |  |
| 1.17 | 电源适配器输入100-240V，50/60Hz，电源适配器输出DC12V/3.5A。 |  |
| 1.18 | 镜体IPX7等级防水。 |  |
| 1.19 | 图像的色彩还原能力应良好，显示的图像应无明显色差或者失真，图像中心区域应无明显几何失真。 |  |
|  | **医学影响工作站功能** |  |
| 1.20 | 使用SQL Server 2010以上版本，所有检查类型的数据存储在同一数据库中文件分类存储。 |  |
| 1.21 | 支持多任务操作，新建信息、录像、采集图片、选图、报告编辑、打印在同一界面完成。 |  |
| 1.22 | 支持高质量实时动态视频采集图像，支持快捷键或脚踏板图像采集，采图时间间隔20-200ms可选，且采集数量无限制。 |  |
| 1.23 | 图像视频帧数30-60fps可调，图像画质码率0-30000kbps可调，支持录像、暂停、停止，回放视频可抓拍图像。 |  |
| 1.24 | 支持原始、圆形、矩形、八边形采图，手动锁定取景框采图，支持键盘方向微调，可选左上角、右下角、整体精准取景采图。 |  |
| 1.25 | 支持后台采集，支持一边采图一边做报告,支持多个患者采图后再做报告。 |  |
| 1.26 | 内置丰富的专家诊断词库，典型病历报告模板，提供自动排版功能，并提供范句(词条)插入功能。 |  |
| 1.27 | 可自由修改、增加范句功能，诊断术语维护，可以对诊断术语进行快速维护修改。 |  |
| 1.28 | 病人信息可在不同检查类型间复制、剪切、粘贴，图像批量删除、图像批量导出到移动硬盘。 |  |
| 1.29 | 提供打印0-9幅图打印格式打印图像，并根据用户选择的图片数量，自动选择对应的打印报告模板进行显示打印功能。 |  |
| **二** | **是否需要配套使用耗材** 是□ 否 ☑  **是否专机专用耗材**  是 □ 否 ☑ |  |
| 2.1 | **耗材名称及价格** |  |
|  | 无 |  |
| **三** | **配置要求** |  |
| 3.1 | 8寸屏主机 1个 |  |
| 3.2 | 操作手柄 1个 |  |
| 3.3 | 8寸屏电源适配器1个 |  |
| 3.4 | USB数据线 1根 |  |
| 3.5 | HDMI线 1根 |  |
| 3.6 | 防水盖 1个 |  |
| 3.7 | 工作通道密封帽 1个 |  |
| 3.8 | 吸引按钮 1个 |  |
| 3.9 | 测漏表 1个 |  |
| 3.10 | 测漏接头组件 1个 |  |
| 3.11 | 清洗灌流器 1个 |  |
| 3.12 | 清洗刷 1个 |  |
| 3.13 | 吸引清洗刷 1个 |  |
| 3.14 | 口垫（中） 1个 |  |
| 3.15 | 口垫（大） 1个 |  |
| 3.16 | 镜箱 1个 |  |
| 3.17 | 衬芯 1套 |  |
| 3.18 | 说明书 1份 |  |
| 3.19 | 合格证 1份 |  |
| 3.20 | 保修卡 1份 |  |
| 3.21 | 航插连接线 1根 |  |
|  | **高清影像工作站配置清单** |  |
| 3.22 | 医学影像信息管理系统V1.0 1个 |  |
| 3.23 | 高清视频采集卡 1个 |  |
| 3.24 | 高清视频线 1根 |  |
| 3.25 | 脚踏开关 1个 |  |
| 3.26 | 主机处理器 1个 |  |
| 3.27 | 内存 1个 |  |
| 3.28 | 硬盘 1个 |  |
| 3.29 | 显示器 1个 |  |
| 3.30 | 医用台车 1个 |  |
| 3.31 | 打印机 1个 |  |
| **四** | **服务要求** |  |
| 4.1 | 交货期（30）天 |  |
| 4.2 | 整机原厂保修期限≥（3）年 |  |
| 4.3 | 是否在广东省进口目录清单内 是 □ 否 ☑ |  |
| **五** | **其他要求（若有）** |  |
| 5.1 | 无 |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **六** | **设备技术参数表（请在此处将设备技术参数填写完整）** | | |
|  | 对应参数（如果核心/重要参数请标识★/▲） | 参数对应功能描述 | 是否满足3家 |
| 6.1 |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**参会单位需要提供详细准确的技术参数，对提供的资料的真实性负责，如有作假，一经发现，立即取消资格，二年内禁止参加我院所有项目的调研询价邀请。**

**康复床（直立床）设备功能要求响应情况表**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **序号** | **设备名称：康复床（直立床）** | |
| **一** | **功能要求** | **报名公司响应** |
| 1.1 | 通过改变患者体位、起立角度实现对患者的康复训练。 |  |
| 1.2 | 床面直立角度：0°～90°可调（允差±5°）。‌ |  |
| 1.3 | 配备4个脚轮通过脚踏四联动装置锁定，压下脚踏四联动装置床面上升，四个脚轮着地，升起脚踏四联动装置床面下降，四个脚轮升起锁止。 |  |
| 1.4 | 配备支腿调节地脚，方便对床体进行调整。 |  |
| **二** | **是否需要配套使用耗材** 是□ 否 ☑  **是否专机专用耗材**  是 □ 否 ☑ |  |
| 2.1 | **耗材名称及价格** |  |
|  | 无 |  |
| **三** | **配置要求** |  |
| 3.1 | 主机1台。 |  |
| 3.2 | 电源线1条。 |  |
| **四** | **服务要求** |  |
| 4.1 | 交货期（30）天 |  |
| 4.2 | 整机原厂保修期限≥（2）年 |  |
| 4.3 | 是否在广东省进口目录清单内 是 □ 否 ☑ |  |
| **五** | **其他要求（若有）** |  |
| 5.1 | 无 |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **六** | **设备技术参数表（请在此处将设备技术参数填写完整）** | | |
|  | 对应参数（如果核心/重要参数请标识★/▲） | 参数对应功能描述 | 是否满足3家 |
| 6.1 |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**参会单位需要提供详细准确的技术参数，对提供的资料的真实性负责，如有作假，一经发现，立即取消资格，二年内禁止参加我院所有项目的调研询价邀请。**

**立体动态干扰电治疗仪设备功能要求响应情况表**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **序号** | **设备名称：立体动态干扰电治疗仪** | |
| **一** | **功能要求** | **报名公司响应** |
| 1.1 | 额定输入功率：150VA。 |  |
| 1.2 | 输出通道：一组二维/三维干扰电输出，支持单路中频输出。‌ |  |
| 1.3 | 治疗仪工作频率：2kHz、3kHz、4kHz、5kHz、6kHz分五档可选。 |  |
| 1.4 | 输出波形：调制正弦波。 |  |
| 1.5 | 调制波形：单向正弦波、单向方波、单向三角波、双向正弦波、双向方波、双向三角波六种波形。 |  |
| 1.6 | 干涉波差频频率：1～200Hz。 |  |
| 1.7 | 治疗仪每路最大输出电流有效值：60mA，允差±10%。 |  |
| **二** | **是否需要配套使用耗材** 是□ 否 ☑  **是否专机专用耗材**  是 □ 否 ☑ |  |
| 2.1 | **耗材名称及价格** |  |
|  | 无 |  |
| **三** | **配置要求** |  |
| 3.1 | 主机1台 |  |
| 3.2 | 电源线1条 |  |
| 3.3 | 保修卡1份 |  |
| **四** | **服务要求** |  |
| 4.1 | 交货期（15）天 |  |
| 4.2 | 整机原厂保修期限≥（2）年 |  |
| 4.3 | 是否在广东省进口目录清单内 是 □ 否 ☑ |  |
| **五** | **其他要求（若有）** |  |
| 5.1 | 无 |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **六** | **设备技术参数表（请在此处将设备技术参数填写完整）** | | |
|  | 对应参数（如果核心/重要参数请标识★/▲） | 参数对应功能描述 | 是否满足3家 |
| 6.1 |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**参会单位需要提供详细准确的技术参数，对提供的资料的真实性负责，如有作假，一经发现，立即取消资格，二年内禁止参加我院所有项目的调研询价邀请。**

**牵引网架（网架和床）设备功能要求响应情况表**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **序号** | **设备名称：牵引网架（网架和床）** | |
| **一** | **功能要求** | **报名公司响应** |
| 1.1 | 进行肌力、关节活动度、放松调整训练，可进行牵引治疗。 |  |
| 1.2 | 牵引网架和床一体，方便治疗和后期移动。‌ |  |
| **二** | **是否需要配套使用耗材** 是□ 否 ☑  **是否专机专用耗材**  是 □ 否 ☑ |  |
| 2.1 | **耗材名称及价格** |  |
|  | 无 |  |
| **三** | **配置要求** |  |
| 3.1 | 主机1台 |  |
| **四** | **服务要求** |  |
| 4.1 | 交货期（15）天 |  |
| 4.2 | 整机原厂保修期限≥（2）年 |  |
| 4.3 | 是否在广东省进口目录清单内 是 □ 否 ☑ |  |
| **五** | **其他要求（若有）** |  |
| 5.1 | 无 |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **六** | **设备技术参数表（请在此处将设备技术参数填写完整）** | | |
|  | 对应参数（如果核心/重要参数请标识★/▲） | 参数对应功能描述 | 是否满足3家 |
| 6.1 |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**参会单位需要提供详细准确的技术参数，对提供的资料的真实性负责，如有作假，一经发现，立即取消资格，二年内禁止参加我院所有项目的调研询价邀请。**

**体外冲击波治疗仪设备功能要求响应情况表**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **序号** | **设备名称：体外冲击波治疗仪** | |
| **一** | **功能要求** | **报名公司响应** |
| 1.1 | 适用于疼痛的辅助治疗。 |  |
| 1.2 | 具有多种种治疗模式。‌ |  |
| 1.3 | 操作显示：≥6英寸液晶触摸屏。 |  |
| **二** | **是否需要配套使用耗材** 是□ 否 ☑  **是否专机专用耗材**  是 □ 否 ☑ |  |
| 2.1 | **耗材名称及价格** |  |
|  | 无 |  |
| **三** | **配置要求** |  |
| 3.1 | 主机1台。 |  |
| 3.2 | 冲击枪1把。 |  |
| 3.3 | 按摩枪1套。 |  |
| 3.4 | 支架1套。 |  |
| **四** | **服务要求** |  |
| 4.1 | 交货期（15）天 |  |
| 4.2 | 整机原厂保修期限≥（2）年 |  |
| 4.3 | 是否在广东省进口目录清单内 是 □ 否 ☑ |  |
| **五** | **其他要求（若有）** |  |
| 5.1 | 无 |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **六** | **设备技术参数表（请在此处将设备技术参数填写完整）** | | |
|  | 对应参数（如果核心/重要参数请标识★/▲） | 参数对应功能描述 | 是否满足3家 |
| 6.1 |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**参会单位需要提供详细准确的技术参数，对提供的资料的真实性负责，如有作假，一经发现，立即取消资格，二年内禁止参加我院所有项目的调研询价邀请。**

**自动艾灸机（可移动型）设备功能要求响应情况表**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **序号** | **设备名称：自动艾灸机（可移动型）** | |
| **一** | **功能要求** | **报名公司响应** |
| 1.1 | 可自动调控艾灸器的升降来控制艾灸的温度及舒适度。 |  |
| 1.2 | 可精准针灸穴位患者处肌针的部位。‌ |  |
| 1.3 | 每次灸疗时间：20±5min。 |  |
| 1.4 | 艾灸器升降速度：5-10m m/s。 |  |
| 1.5 | 艾灸器升降调节范围水平距离范围：220mm。 |  |
| **二** | **是否需要配套使用耗材** 是☑ 否 ☑  **是否专机专用耗材**  是 ☑ 否 ☑ |  |
| 2.1 | **耗材名称及价格** |  |
| 2.2 | 艾饼 |  |
| **三** | **配置要求** |  |
| 3.1 | 主机1台。 |  |
| 3.2 | 电源线1条。 |  |
| **四** | **服务要求** |  |
| 4.1 | 交货期（30）天 |  |
| 4.2 | 整机原厂保修期限≥（2）年 |  |
| 4.3 | 是否在广东省进口目录清单内 是 □ 否 ☑ |  |
| **五** | **其他要求（若有）** |  |
| 5.1 | 无 |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **六** | **设备技术参数表（请在此处将设备技术参数填写完整）** | | |
|  | 对应参数（如果核心/重要参数请标识★/▲） | 参数对应功能描述 | 是否满足3家 |
| 6.1 |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**参会单位需要提供详细准确的技术参数，对提供的资料的真实性负责，如有作假，一经发现，立即取消资格，二年内禁止参加我院所有项目的调研询价邀请。**

**自动艾灸机设备功能要求响应情况表**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **序号** | **设备名称：自动艾灸机** | |
| **一** | **功能要求** | **报名公司响应** |
| 1.1 | 可自动调控艾灸器的升降来控制艾灸的温度及舒适度。 |  |
| 1.2 | 可精准针灸穴位患者处肌针的部位。‌ |  |
| 1.3 | 每次灸疗时间：60±5min。 |  |
| 1.4 | 艾灸器升降速度：5-10m m/s。 |  |
| **二** | **是否需要配套使用耗材** 是☑ 否 ☑  **是否专机专用耗材**  是 ☑ 否 ☑ |  |
| 2.1 | **耗材名称及价格** |  |
| 2.2 | 艾饼 |  |
| **三** | **配置要求** |  |
| 3.1 | 主机1台。 |  |
| 3.2 | 电源线1条。 |  |
| **四** | **服务要求** |  |
| 4.1 | 交货期（30）天 |  |
| 4.2 | 整机原厂保修期限≥（2）年 |  |
| 4.3 | 是否在广东省进口目录清单内 是 □ 否 ☑ |  |
| **五** | **其他要求（若有）** |  |
| 5.1 | 无 |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **六** | **设备技术参数表（请在此处将设备技术参数填写完整）** | | |
|  | 对应参数（如果核心/重要参数请标识★/▲） | 参数对应功能描述 | 是否满足3家 |
| 6.1 |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**参会单位需要提供详细准确的技术参数，对提供的资料的真实性负责，如有作假，一经发现，立即取消资格，二年内禁止参加我院所有项目的调研询价邀请。**

**三、产品易损零配件、高值零配件及易消耗零配件情况**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 零配件类型 | 序号 | 名称 | 规格/型号 | 价格 |
| 易损零配件 | 1 |  |  |  |
| 2 |  |  |  |
| 3 |  |  |  |
| … |  |  |  |
| 高值零配件 | 1 |  |  |  |
| 2 |  |  |  |
| 3 |  |  |  |
| … |  |  |  |
| 易消耗零配件 | 1 |  |  |  |
| 2 |  |  |  |
| 3 |  |  |  |
| … |  |  |  |

**四、产品是否有专机专用耗材或无须耗材承诺函**

（如果有专机专用耗材，需要写明具体耗材）

**五、产品安装场地要求条件**

**六、产品白皮书及产品彩页**

**七、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）

**（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）

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

**（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 |  |  |  |

**八、用户名单**

近三年广东省三甲医院客户名单或全国同级别医院用户名单

**九、售后承诺**

1. **产品报价单**

**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** |  | |  | | |  | | |  |  | |  |
| **...** |  | |  | | |  | | |  |  | |  |
| **报名总价金额：￥ 万元； 大写： 万元整** | | | | | | | | | | | | |
| **2** | **产品租赁服务报价** | | **￥ 万/年** | | | | | | | | | |
| **配置清单** | | | | | | | | | | | | |
| **序号** | **名称** | | **品牌** | **型号规格** | | | **产地** | **数量** | | | **单位** | **总价（元）** |
| **1** |  | |  |  | | |  |  | | |  |  |
| **...** |  | |  |  | | |  |  | | |  |  |
| **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：**