福建省肿瘤医院采购项目综合需求调研

（设备科）

第一部分 须知前附表

|  |  |
| --- | --- |
| **序号** | **主 要 内 容** |
| 1 | 项目名称：床边超声机、脑功能监测仪综合需求调研 |
| 2 | 调研报名时间： 2023 年 9 月 4日至 9月 11 日 (节假日除外)8：00-12：00或14：00-17：00(北京时间）调研会时间： 2023 年 9 月 20日下午15:00调研会地址：设备科会议室上述时间、地点如有变动，以单位届时通知为准 |
| 3 | 文件正本 1 份，副本 7 份。胶装并密封加盖投标人公章。文件未胶装将视为无效。 |
| 4 | 文件递交处： 福建省肿瘤医院设备科会议室  |
| 5 | 上述时间、地点如有变动，以我院届时通知为准。 |
| 6 | 在采购报名、采购调研等采购过程中有任何异议，可联系我院监督科室。电话：83660063-8407；83660063-8405。 |

地 址： 福建省福州市福马路420号省肿瘤医院设备科

（六意超市楼上三楼）

邮 编： 350014

报名联系电话： 0591-62002069

联系人：傅工

第二部分 具体要求

我院于2023年7月20日至2023年7月28日在院官网公示《床边超声机、脑功能监测仪性能需求调研的通知》并于 2023年8月1日召开性能需求调研会。现拟针对该项目的综合需求情况进行调研，包括但不限于功能、质量、价格、市场供给、售后服务、升级更新、备品备件、耗材等后续采购等情况。现请2023年8月1日已参与性能需求调研的供应商，按以下要求提供详细方案并对项目包进行报价。

一、采购内容

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 合同包 | 名 称 | 数量 | 预算（万元） |
| （一） | 床边超声机 | 1 | 120 |
| （二） | 脑功能监测仪 | 1 | 65 |

1. 技术功能及服务要求

合同包（一）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 序号 | 项目 | 技术参数要求 |
| 1 | 床边超声机 | 1、彩色液晶显示屏≥15英寸2、支持可移动台车3、具有内置电池4、具有穿刺针增强显影技术5、探头接口数量≥2个6、具有图像一键优化功能7、具有M型超声成像功能8、具有宽景成像功能9、具有彩色多普勒成像功能10、具有空间复合成像功能11、配置心脏，腹部，浅表探头。 |

合同包（二）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 序号 | 项目 | 技术参数要求 |
| 1 | 脑功能监测仪 | 1、具有脑氧监测功能，主机≥10.1英寸显示器2、内置电池，工作时间不少于2小时3、具备通道数≥2个4、具备监测局部组织血氧饱和度功能5、具备保存数据功能并可导出功能6、监测参数≥5个 |

三、其他要求

四、调研说明

报名参加本次调研的供应商、厂家需提供如下相关资料。

1、报名请携带加盖公章的项目文件回执单、营业执照复印件、公司简介，提供设备彩页、相关三证、省内业绩材料等。

2、参与项目调研供应商代表的个人授权函（需加盖供应商公章）和身份证复印件。

3、分别提供“信用中国”网站（www.creditchina.gov.cn）、“中国政府采购网”网站（http://www.ccgp.gov.cn/search/cr/）信用记录查询截图，无不良记录并加盖公章（截图查询日期必须在该公告日期内）。

4、提供业绩清单及近三年省内同类设备的中标书（若有）。

5、提供设备所需的全部耗材价格及易耗品价格，并说明单次使用耗材价，易耗品需说明更换周期。（如无耗材或易耗品请注明）

6、论证意向方报价应包含所采购设备的制造、包装、运输、装卸、保险、安装施工、调试、验收、人员培训、检验、税金等一切费用。

7、提供参数对比数据表

8、以上所提供设备配置为参考数据，如有偏离，方可对偏离予以说明优缺点。数据分析合理，予以采纳。

9、设备配套的规格完整耗材价格（福建省阳光平台价格或其他省份中标价格、省属医院已供货价格发票复印件等）。

**项目文件回执单**

请有意向参与的公司在项目公示期内携带回执单至福建省肿瘤医院设备科报名。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 项目名称 | 数量 | 品牌及型号 |
| 1 |   |   |  |
| 2 |   |   |  |

公司名称：

联系人：

联系电话：

公司盖章：

　　　　　　　　　　　　 　　　　　 年　 月　 日