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：**放诊科移动床边DR设备综合调研 |
| 2 | 调研报名时间： 2024年9月10日至9月23日 (节假日除外)8：00-12：00或14：30-17：30(北京时间）  调研会时间：2024年9月26日下午15点00分  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 2 份。 胶装并密封加盖投标人公章。文件未胶装将视为无效。 |
| 4 | 报名、综合调研纸质文件递交处： 福建省肿瘤医院  报名回执、报名文件、联系人医社保或缴税证明材料等电子材料发送邮箱fjzlsbk@fjzlhospital.com |
| 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：0591-62752532 何

第二部分 具体要求

一、采购内容

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 合同包 | 名 称 | 数量 | 预算（万元） |
| （一） | 移动床边DR | 1套 | 150 |

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 | 移动床边DR | 一、总体要求：  1.参与调研的机型为已获得中华人民共和国医疗器械注册证的移动X射线机。  2.各厂家参与调研设备的机型为最新或较新型号。  二、需求参数：  1.X射线管  1.1阳极热容量≥300kHU  1.2阳极转速≥2700转/分  2.高压发生器  2.1 高压发生器功率≥32kw  2.2 最大管电压≥125KV  2.3 最大管电流≥400mA  3.机身 ：小巧轻便  4.主机电池  4.1主机锂电池容量≥50000mAh，电池满足状态下，设备可推行≥ 50 km  4.2 供电模式：电池供电+墙电曝光  5. 平板探测器  5.1材料;非晶硅碘化铯无线平板  5.2尺寸：14\*17英寸或17\*17英寸  5.3 无线平板  5.4像素总量≥780万，  5.5像素尺寸≤140μm;  5.6探测器电池可一体化充电  6. 移动性能  6.1 电动助推，有防碰撞系统  6.2 坡度助力系统  7.多种曝光模式  7.1手闸曝光  7.2远程操控曝光或延迟曝光  三、售后服务  1.提供免费维保服务年限≥3年  2. 提供24小时\*365天免费维修服务热线支持，维保期内设备发生故障响应≤24小时，到达现场维护时间≤48小时。 |

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1张，报名文件胶装1份（包含但不限于营业执照复印件、公司简介、设备彩页、三证、厂家授权、参与项目调研供应商代表的个人授权函、身份证复印件、近半年医社保或缴税证明材料等相关材料），交到福建省肿瘤医院设备科。同时电子版报名材料发送至fjzlsbk@fjzlhospital.com邮箱。

2、论证会时提交相关材料胶装1正2副。内容包含但不限于：报名文件所含内容及以下所提及内容。

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、提供能体现设备使用年限的有效证明，如设备铭牌等。

7、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。

8、提供参数对比数据表

9、以上所提供设备配置为参考数据，如有偏离，可对偏离予以说明，理由充分合理的，予以采纳。

**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、报名文件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 |  |  |  |

公司名称：

联系人：

联系电话：

公司盖章：

　　　　　　　　　　　　 　　　　 年　 月　 日