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：**全自动玻片扫描仪、全自动免疫组化染色仪等设备综合调研 |
| 2 | 调研报名时间：2024年10月30日至11月6日(节假日除外)8：00-12：00或14：00-17：00(北京时间）  调研会时间：2024年11月7日下午14点30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：福建省肿瘤医院设备科 |
| 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） | 全自动玻片扫描仪 | 1套 | 98 |
| （二） | 全自动免疫组化染色仪 | 1套 | 80 |

1. 技术功能及服务要求

合同包（一）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 序号 | 项目 | 技术参数要求 |
| 1-1 | 全自动玻片扫描仪 | 1. 装载量：单次可装载≥400片； 2. 对焦方式：独立聚焦，每个视野实时动态自动对焦； 3. 摄像像素≧500万； 4. 2个物镜，数值孔径N.A.≥0.75；并有电动转换功能； 5. 扫描方式为面阵扫描； 6. 扫描速度：扫描15 mmX15 mm有效组织面积，20倍扫描时间≤50秒,40倍扫描时间≤110秒； 7. 扫描分辨率：20倍≤0.48μm/pixel； 40倍≤0.24μm/pixel： 8. 有数字切片扫描软件与浏览软件，实现一键全自动扫描功能，实现无人值守。 |

合同包（二）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 序号 | 项目 | 技术参数要求 |
| 2-1 | 全自动免疫组化染色仪 | 1. 在同一台仪器上全自动完成烤片、脱腊、前处理、一抗、二抗添加、复染等全部步骤; 2. 玻片处理能力：不少于30张玻片/循环，每一片玻片可根据检测项目方案独立加热，具备从到100 ℃的加热功能； 3. 试验过程中每张玻片上覆盖液试剂使用量≤100lul，保证样本完整覆盖及不蒸发； 4. 可做紧急样本，可随时加载或取出样本，试剂可随时添加； 5. 可做原位杂交检测，可根据免疫组化检测ALK、PD-L1等指标结果指导临床靶向药物用药； 6. 标本类型：组织切片标本、细胞学标本、冰冻组织标本，可在一起上全自动完成双染、三染等检测； 7. 可自动处理废液中的DAB，保护实验人员及环境安全； 8. 仪器上具备触摸屏，可直接进行仪器操作； 9. 具有质控管理功能   10、原厂专业工程师提供售后服务 |

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，营业执照复印件、公司简介、设备彩页、三证、厂家授权书、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、近半年医社保或缴税证明材料等相关材料胶装1份，至福建省福州市福马路420号省肿瘤医院设备科现场报名。报名多个产品的，按包分别制作调研材料和报名回执。

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 |
| 1-1 |  |  |  |

公司名称：

联系人：

联系电话：

公司盖章：

　　　　　　　　　　　　 　　　　 年　 月　 日