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：**皮肤科舒敏治疗仪、红蓝光系统项目综合调研公告 |
| 2 | 调研报名时间：2025年6月18日至6月25日(节假日除外)8：00-12：00或14：00-17：00(北京时间）调研会时间：2025年6月26日下午14点45分上述时间、地点如有变动，以单位届时通知为准 |
| 3 | 报名需提交回执单1张，报名文件1份。调研会提交调研文件正本 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（见福便利楼上三楼）办公室五

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） | 舒敏治疗仪 | 1套 | 48 |
| （二） | 红蓝光系统 | 1套 | 18 |

1. 技术功能及服务要求

合同包（一）：舒敏治疗仪

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 序号 | 项目 | 参考参数 |
| 1-1 | 舒敏治疗仪（1套） | 一、具有短波治疗功能：1、治疗头：1.1工作模式：非直流射频导入治疗1.2治疗头材质：复合材料治疗头，接触皮肤非金属电极；无负极板2、输出功率可调1. 治疗时间可调

4、加热方式：电容电场和交变电场加热5、治疗模式：分层聚焦、分层治疗二、具有水氧治疗功能三、具有LED光谱治疗功能 |

合同包（二）：红蓝光系统

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 序号 | 项目 | 参考参数 |
| 2-1 | 红蓝光系统（1套） | 1、产品适用范围/预期用途 ：主要用于对疼痛和炎症的治疗，能改善血液循环，促进组织修复与再生，消除肿胀，加速创面愈合。2、波长范围：能量波长主要分布范围包含（560-1400nm）3、治疗光源：卤素光源4、光功率密度：出光口平面中心处光功率密度应≥400mW/cm25、出光口面积≥100cm26、有效照射面积：≥800cm27、最大治疗深度≥9cm8、具有治疗高度调整及治疗定时功能9、具有过热保护装置 |

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），至福建省福州市福马路420号省肿瘤医院设备科现场报名。报名多个项目包的，按包分别制作回执单和报名文件。

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、以上所提供设备参数为参考数据，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 |  |  |  |
| 1-2 |  |  |  |

公司名称：

联系人：

联系电话：

公司盖章：

　　　　　　　　　　　　 　　　　 年　 月　 日