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：**中医定向透药治疗仪、电针仪项目综合调研公告 |
| 2 | 调研报名时间：2025年8月20日至8月27日(节假日除外)8：00-12：00或14：00-17：30(北京时间）  调研会时间：2025年8月28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） | 中医定向透药治疗仪 | 4套 | 12 |
| （二） | 电针仪 | 1套 | 0.5 |

1. 技术功能及服务要求

合同包（一）：中医定向透药治疗仪

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 序号 | 项目 | 参考参数 |
| 1 | 中医定向透药治疗仪（4套） | 1、具有中医定向透药治疗功能  2、具备按摩及导入等治疗模式  3、输出通道数≥2  4、输出强度可调  5、具有定时功能 |

合同包（二）：电针仪

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 序号 | 项目 | 参考参数 |
| 2 | 电针仪（1套） | 1、工作原理：输出特定的低频脉冲电流，通过电极加载到患者体表，对肌肉或神经进行低频电刺激。  2、脉冲频率可调  3、具有定时功能 |

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 |
|  |  |  |  |

公司名称：

联系人：

联系电话：

公司盖章：

　　　　　　　　　　　　 　　　　 年　 月　 日