**威海市立医院医疗设备调研材料目录**

欢迎生产企业、经营企业以及潜在供应商参与我院设备采购调研，同时提交产品资料。本次公告为采购前调研，非正式采购公告。有意向者必须提供符合我院要求的报名材料。

**一、报名材料要求**

1.**报名文件：（1）以压缩文件包的形式发送到邮箱whslyyzbzb@163.com；**

（2）邮件标题为：项目编号（公告标题下面编号）+报名设备名称及序号+报名公司名称；例如：ZB20250501-4-放射防护用品-威海某公司；报名多个序号产品，每个序号产品文件要独立压缩。

（3）压缩文件包包括：纸质文件的扫描件文件PDF版、设备技术参数文件WORD版（**参数格式参照附件5对应模板**）、分项报价文件WORD版、耗材采购信息Word版等

2.报名供应商要保证所提供的各种材料真实、有效、齐全，承担相应的法律责任。

**二、纸质版材料装订顺序：**

1.封面：详见**附件1。**

2.调研项目报名表：详见**附件2。**

3.企业信用承诺书（请填写**附件3**）。

4.含完整配置的设备报价表：详见附件4.

5.相关资质：（1）产品资质：产品注册证/备案凭证（非医疗器械说明）、注册信息登记表，并附一份查询注册证时的药监部门网站截图（盖公章）。注册证号/备案凭证如有变更文件请务必提供完整。产品彩页、产品说明书、铭牌、产品实物图片等。（2）厂家资质：如参与调研单位为生产厂家，提供营业执照、医疗器械生产许可证、医疗器械经营许可证。（3）区域代理商或经销商资质（不接受威海市立医院专项授权，授权期半年或以上）：如参与调研单位为代理商，需提供厂家资质、生产厂家给代理商的授权，各级代理商的企业营业执照、医疗器械经营许可证；（4）如参与调研单位为经销商，需提供上述厂家资质、各级代理商资质、代理商给经销商的授权、经销商的营业执照、医疗器械经营许可证。（5）参与调研业务的人员授权：参与调研公司法人给业务员的授权书，公司法人和业务员（被授权人）的身份证复印件，以及该业务员在参与调研公司所缴纳社保证明（近半年以上）。

6.产品技术参数及配置清单，附件5提供了各调研设备的技术参数模板，请按照报名设备对应的参数模板填写。

7.产品安装场地、操作人员资质等要求（请参考附件6填写）

8.市场同类同档次产品的性能对比，详见附件7。可说明拟报名品牌产品独有或优势功能、技术：参数对比其他产品的优势。如没有可不填写。进口产品，要阐明国产无法替代的理由。

9.产品市场占有及销售记录：提供产品销售记录（三级医院排在前面，近三年销售排在前面，包括我院采购记录），填写附件8，并提供中标通知书、完整合同、配置、发票（发票建议提前查验，避免出现冲红发票等问题）。

10.产品售后服务方案：产品质保期原则要求3年及以上，如涉及专机专用耗材/试剂/易损配件，请填写附件9相关表格，并提供相应资质文件、产品介绍、销售记录等资料。

11.调研材料真实性及购销廉洁声明（见附件10）。

12.上述材料正本必须每页加盖报名公司的公章，复印公章无效。

**附件**1**：**

威海市立医院

\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*项目

报

名

文

件

单位名称： （盖单位章）

法定代表人或其委托代理人： （签字）

 年 月 日

**附件2：**

**威海市立医院医疗设备调研项目报名表**

|  |  |
| --- | --- |
| **项目名称** | **\*\*\*\*\*\***（医疗设备名称） |
| **序号** | **项目信息** | **相关附件名称** | **附件页码** |
| **1** | **报名单位信息** | 公司名称 |  | ①营业执照②经营备案③经营许可证 |  |
| 详细地址 |  |
| 统一社会信用代码 |  |
| 法定代表人姓名 |  |
| 报名单位身份 | □生产厂家 □代理商 □经销商 | ④制造商授权书 |  |
| **2** | **报名人****信息** | 姓 名 |  | ⑤法人授权委托书 |  |
| 身 份 | □法定代表人□委托代理人 |
| 身份证号码 |  |
| 联系电话 |  |
| 邮 箱 |  |
| **3** | **报名产品信息** | 品牌型号 |  | ⑥医疗器械注册证及附件 |  |
| 产品产地 |  |
| 注册证号/备案凭证 |  |
| 设计使用年限 |  |
| 注册证有效期 |  |
| 是否进口设备 | □是 □否 |
| 有无专机专用耗材/试剂/易损配件 | □是 □否 |
| **4** | **制造商信息** | 制造商名称 |  | ⑦营业执照⑧生产许可证⑨生产备案凭证 |  |
| 详细地址 |  |
| 是否中小企业 | □是 □否 |  |  |

**附件**3**：**

**企业信用承诺书**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **单位名称** |  | **统一社会信用代码** |  |
| **法定代表人** |  | **联系人** |  |
| **联系地址** |  | **联系电话** |  |
| **诚信档案记录情况** | 是否被列入失信被执行人 □是 □否 |
| **信用承诺** | 我公司自愿参加贵院组织的本次采购活动，严格遵守《中华人民政府采购法》及相关法律法规，坚守公开、公平、公正和诚实信用的原则，依法诚信经营，无条件遵守本次政府采购活动的各项规定。我们郑重承诺，本公司符合《政府采购法》第二十二条规定的条件，包括:具有独立承担民事责任的能力;具有良好的商业信誉和健全的财务会计制度;有履行合同所必需的设备和专业技术能力;有依法缴纳税收和社会保障资金的良好记录:参加政府采购活动前三年内，在经营活动中没有重大违法记录:符合法律、行政法规和采购文件规定的其他条件。如有弄虚作假或其他违法违规行为，原承担一切法律责任，接受各级政府采购监管部门和有权机关的审查和处罚。企业名称（盖章）：法定代表人（签字）：二〇 年 月 日 |

**附件4：**

 **参与调研产品报价（含完整配置的报价）**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **产品名称** | **品牌型号** | **注册证及有效期** | **使用年限（与铭牌一致）** | **生产厂家及联系电话** | **供应商及联系电话** |
|  |  |  |  |  |  |
| **质保期3年的设备价格（单位：万元）** |  |

**附件5：报名产品技术参数模板（根据报名产品选择模板）**

**脑电图仪技术参数模板**

**一、硬件系统**​

​ 1.放大器系统​

（1）通道数：

（2）采样率：

（3）A/D转换：

（4）输入阻抗：

（5）共模抑制比：

（6）噪声电平：

（7）带宽范围：

（8）耐极化电压：

（9）阻抗测试：

（10）供电方式：

​ 2.视频系统​

（1）同步视频：

（2）夜视功能：

（3）控制方式：

（4）存储时长及视频格式：

**二、软件系统**​

​ 1.操作系统兼容性​

（1）数据工作站配置：

（2）界面语言：

​ 2.数据采集与分析​

（1）蒙太奇导联：

（2）参考电极：

（3）灵敏度：

（4）DC输入：

（5）时间常数：

（6）滤波控制：

①高通滤波：

②低通滤波：

③工频陷波：

（7）事件标记：

（8）自动病理波检测：

​ 3.高级分析功能​

（1）定量脑电：

（2）趋势图分析：

（3）地形图：

（4）伪迹排除：

（5）测量工具：

​ 4.数据管理​

（1）病例数据库：

（2）格式兼容：

（3）离线回放：

（4）报告系统：

（5）癫痫数据管理：

**三、扩展功能**​

​ 1.多模态集成​

（1）升级能力：

（2）重症监护：

​ 2.动态监测​

（1）无线传输：

（2）电极脱落监测：

（3）存储容量：

**四、报名品牌报名品牌其他优势技术参数**

**五、设备配置**

**六、附属配置​**

​ 1.刺激器系统​

（1）闪光刺激器：

（2）声、光、电磁刺激：

​ 2.基础套件​

（1）电极：

（2）辅助耗材：

（3）工作台车：

**七、售后服务​**

1.质保期：

2.维修服务：

3.响应时间：

4.人员培训：

5.需接入医院现有信息系统

6.有无远程脑电监测系统等：

**肛肠测压仪技术参数模板**

**一、适用范围**​

1.适用部位：

2.主要功能：

**二、核心性能指标**​

1.测量范围：

​ 2.压力分辨率：

​ 3.精确度：

​ 4.工作频率：

​ 5.响应率：

​ 6.采样频率：

**三、硬件配置​**

​ 1.测压通道：

2.核心组件及功能描述：

​ 3.辅助设备及功能描述：

**四、软件功能**

​ 1.数据采集与分析：

（1）图像显示：

（2）事件分析：

2.临床应用模块：

（1）肛肠测压参数：

（2）生物反馈训练：

（3）数据输出格式：

**五、系统特性​**

​ 1.控制功能：

​ 2.安全保护：

**六、安全与认证**​

1.安全标准：

2.消毒：

**七、报名品牌其他优势技术参数**

**八、设备配置**

**九、售后服务​**

1.质保期：

2.维修服务：

3.响应时间：

4.人员培训：

**电子直乙肠镜技术参数模板**

**一、适用范围**​

1.适用部位：

2.主要功能：

3.使用方式：可描述为一体化推车式设计，带一次性护套等

**二、成像系统参数**​

1.分辨率：

​ 2.像素：

​ 3.白平衡：

4.视场角：

​ 5.视向角：

​ 6.景深：

​ 7.放大率：

​ 8.色彩还原：

​ 9.其他特性：

**三、光源系统参数**​

​ 1.光源类型：

​ 2.寿命：

​ 3.照度：

​ 4.色温：

​ 5.显示指数：

​6.光源分布：

**四、显示系统参数**​

​ 1.屏幕尺寸：

​ 2.分辨率：

​ 3.视角调节：

​4.面板特性：

**五、水气系统参数**​

1.气压：

​ 2.水压：

​ 3.气体流速：

​4.水流流量：

​ 5.系统设计：

**六、结构参数**​

1.有效工作长度：

​ 2.头端外径：

​ 3.工作通道内径：

​ 4.手柄设计：

**七、软件功能参数**​

​ 1.操作系统：

2.核心功能：

（1）图像处理：

（2）病案管理：

（3）报告生成：

（4）数据导出：

​ 3.系统集成：可描述为能与医院HIS及PACS系统连接等

​ 4.安全保护：

​ 5.控制方式：

**八、电源与环境参数**​

​ 1.电源：

​ 2.环境要求：

（1）温度：

（2）湿度：

​ 3.安全标准：

**九、一次性护套参数**​

​ 1.材料：

​2.尺寸：

​ 3.特性：

**十、报名品牌其他优势技术参数**

**十一、设备配置**​

**十二、售后服务​**

1.质保期：

2.维修服务：

3.响应时间：

4.人员培训：

**附件6：**

**医疗设备场地安装条件需求**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **设备名称** | **品牌** | **型号** | **空间要求（宽\*深\*高mm）** | **自身重量（kg）** | **供电要求** | **供水要求** | **环境要求** |
| 　 |  |  | 　 | 　 | 　 | 　 | 　　 |
| 其他要求（人员资质、感染防控等、基建、防护、屏蔽、信息化等） | 　　　　　　 |

**附件7**

**市场同档次主流品牌对比（不少于2个）**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **参数内容** | **拟报名品牌型号产品** | **其他品牌1** | **其他品牌2** | **其他品牌3** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**附件8：**

 **报价品牌型号设备销售记录**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **医院名称** | **购买时间** | **成交价格（万元）** | **重要配置** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**（此表中配置只填写对价格有影响的内容）**

**附件9：**

|  |
| --- |
| **专机专用耗材/试剂报价单** |
| **序号** | **产品名称（注册证名称）** | **生产厂家（品牌）** | **规格** | **型号** | **注册证号** | **单位** | **单价** | **国家27位编码** | **备注** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **易损配件报价单** |
| **序号** | **产品名称****（如果配件单独注册，请填写注册证名称）** | **生产厂家（品牌）** | **规格** | **型号** | **注册证号** | **单位** | **报价** | **易损配件更换条件** | **备注** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**附件10：材料真实性及购销廉洁声明**

承诺书

威海市立医院：

针对贵院此次调研，我公司郑重承诺：所提供资料真实有效，无任何虚假成分。如有虚假，由此产生的一切后果由本公司承担。

为进一步加强医疗卫生行风建设，规范医疗卫生机构医药销售行为，有效防范商业贿赂行为，营造公平交易、诚实守信的购销环境，我公司郑重承诺并遵守：

一、我方按照《民法典》及本承诺购销医用设备、耗材、试剂。

二、我方不以回扣、宴请等方式影响医院工作人员采购或使用产品的选择权，不在学术活动中提供旅游、超标准支付食宿等费用。

三、我方指定销售代表承诺在工作时间到医院指定地点联系商谈，不到住院部、门诊部、医技科室等推销产品，不借故与工作人员访谈并提供任何好处费等。

四、我方如违反本承诺，一经发现，医院有权终止购销合同，并向有关行政部门报告。如我方被列入商业贿赂不良记录，则严格按照相关规定处理。

公司（签章）

年 月 日