医疗设备采购征询会公告

根据《上饶市医疗设备器械采购内控工作监督管理办法（暂行）》的具体要求，现对广丰区中医院拟采购的皮肤科设备（预算价46万元）等设备项目进行公开询价。本次公开征询情况将作为采购人编制政府采购招标文件最高限价、主要技术指标及配置的参考依据，欢迎广大符合要求的生产企业及经营企业积极参与。现将有关事项公告如下：

一、采购项目及需求

| 序号 | 品目 | 数量 | 主要技术指标（基本配置和功能要求） | 备注 |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | LED光谱治疗仪 | 1 |  **LED光谱治疗仪 技术参数**1、治疗头LED光源：红光、蓝光、黄光，半导体固态冷光源，点阵集成芯片；2、输出波长：中心波长：808nm±10nm ;红光：640nm±10nm ; 蓝光：410nm±10nm;黄光：590nm±10nm ;具有光色纯度高、光源强、能量密度均匀等；3、治疗头点阵集成LED芯片数量混合光≥1470支；4、光功率密度：红光≥1000mw/c㎡；蓝光≥1000mw/c㎡；黄光≥1000mw/c㎡；5、光斑照射总面积：≥1200cm2；6、最大治疗深度：治疗仪最大治疗深度≥7cm；7、操作界面：中文菜单，≥8.6寸液晶彩色触摸显示屏,微电脑控制；8、能量调节方式:1-5级剂量能量调节；9、具有0-99分钟定时随意设定功能；10、故障自诊断报警功能；11、治疗器支架臂可在0-360度旋转，升降范围0-50cm。 治疗头0-180度旋转上下左右调节角度；12、照射方式；连续、脉冲照射治疗可选；13、产品结构；落地推车式；14、治疗头外壳温度：≤45度；15、安全控制系统：具备急停开关，电源带锁开关两种控制方式； |  |
| 2 | 紫外线光疗仪 | 1 |  **紫外线光疗仪**技术参数表1、紫外线灯管基本参数：1.1医用紫外线灯管。1.2 波长： UVA：UVA输出波长320-400nm，峰值波长368 nm，UVB：UVB输出波长280-320nm，峰值波长311 nm。1.3 辐照强度：UVA：≥5.4mW/cm²，UVB：≥2.4mW/cm²。 1.4紫外线辐照强度的误差应不大于±20%。 1.5紫外线辐照强度的均匀性应不大于±20%。 1.6紫外线辐照强度的稳定性不大于±20%1.7 辐射剂量：。UVA设置范围≤200J/cm2，误差应不大于±20%，UVB设置范围≤5J/cm2，误差应不大于±20%，设置精度：0.01J/cm2。2、辐射时间：UVA设置范围0~30min，连续可调，步长1S，误差±1%。3、控制方式：微电脑≥5寸彩色液晶全触摸屏显示。4、灯管数量：UVA≥4支，UVB≥4支。5、受照面积：≥14420cm²。6、输入功率（VA）：<1000。7、三种输出模式：UVA连续输出、UVB连续输出、 UVA+UVB连续输出；治疗过程中，辐照强度、辐照剂量、照射时间同步被显示。8、运行模式：连续运行。9、结构形式：半舱。 |  |
| 3 | 强脉冲光治疗仪 | 1 | **强脉冲光治疗仪** 技术参数1.光源：强脉冲光；2.输入功率：≥3000VA；3.治疗头：一体式治疗头；4.波长范围：430nm -1200nm，640nm—1200nm，560nm—1200nm；5.软件名称及操作系统：强脉冲光治疗仪嵌入式软件组件； 6.光斑晶体面积：≥3.2cm²；7.能量密度调节：阶梯式调整 15-50档，步长1；8.脉冲个数：脉冲个数≥7个，并且脉冲个数独立可调；9.单个脉冲能量密度：（单个脉冲个数能量≥15J/cm2）；10.脉冲宽度： 脉冲宽度可在 1ms～10ms 任意设置（调整步长 1ms）；11.脉冲间隔： 脉冲间隔可在 10ms～50ms 任意设置（调整步长 1ms）；12.操作系统：中文菜单，≥8.6寸彩色液晶触摸显示屏；13.治疗系统屏幕显示功能：开机具有光子嫩肤、光子脱毛、光子祛色素、光子祛红血丝、光子治疗痤疮瘢痕、光子祛皱等功能显示模块；14.治疗方案设置：可预设三种治疗方案；14.能量密度复现性≤土10%；15.能量密度的均匀性应大于0.8；16.独立可调脉冲串输出方式；17.工作方式：单次曝光和重复曝光；18.皮肤制冷功能：开启制冷模式，在最低和最高档位下，强脉冲光治疗仪出光口与皮肤接触温度控制在-4-10°C范围内；19.制冷范围调节：5个档位，1-5档范围任意调节；20.治疗仪具有开机自检功能；21.适应症:适用于老化皮肤外观的改善,皮肤浅表的色素性疾病、多毛症和毛细血管扩张的治疗； |  |

二、公告时间

2022年12月30日— 2023年1月5日

三、报名时间、地点及方式

1.时间：2023年1月5日11时前

2.地点：广丰区中医院设备科

3.报名方式：

（1）现场报名，同时递交法人授权委托书、参询代表身份证复印件及产品相关授权书复印件等印证材料。

（2）外地参询企业可以电话报名，相关印证材料邮寄或电子版发送。

4.联系人及联系方式：甘女士 13767373776

5.所有符合报名条件的机构均可参加报名，采购人不得以任何理由拒绝。

6.监督电话：13767385688

四、价格征询会时间、地点

时间：2023年1月5日下午2：30

地点：广丰区中医院门诊四楼会议室

五、参询单位需提供的相关材料

1、响应函；

2、询价品种报价表（格式见附表1）；

3、产品详细配置清单（格式见附表2） ；

4、参询产品的参数响应表(响应/偏离)(格式见附表3)；

5、参询产品的详细参数和功能介绍（**需提供加盖产品生产厂家公章的产品详细技术参数说明书**）及产品的彩页；

6、参询产品的相关资质证明材料

6.1生产企业营业执照（三证合一证）复印件；

6.2生产企业《医疗器械生产企业许可证》或《医疗器械经营企业许可证》复印件 ；

6.3医疗器械产品注册证及注册登记表复印件；

6.4**应提交全面、详细的售后服务方案及承诺书（包含安装、调试、运行、验收、故障响应时间等），方案合理、可操作。加盖生产厂家及供应商公章。**

1. **产品业绩材料：需提供与参询产品同规格的产品中标公告或销售合同复印件及能体现产品临床使用评价、品牌知名度、市场占有率的相关印证材料。**

8、参询企业的资质证明材料

8.1营业执照（三证合一证）复印件；

8.2《医疗器械生产企业许可证》或《医疗器械经营企业许可证》复印件；

8.3法人授权委托书、参询代表身份证复印件。

8.4进口产品需附产品授权书。

参询材料分开装订，一正两副共三份加盖参询单位公章，参询方在参加征询会时现场递交。

六、参询文件编制的注意事项

1.1参询单位应认真、仔细阅读招标文件中所有的事项、格式、条款和规范等要求。

1.2参询人应以无线胶装的形式按投标文件的格式按顺序编制目录及页码装订成册，否则材料丢失引起的后果自负。

1.3参询文件分为正、副本，副本可为正本的复印件。

1.4参询文件及往来函件均须用中文书写。

1.5参询人应按要求，规范、明确、准时的提交参询材料。如果没有按照公告要求提交全部资料并保证所提供全部资料的真实性，其风险由参询方自行承担。

1.6参询方应根据参数需求如实编制参数响应表，提供产品实际参数值并标明正负偏离。如虚假响应，视情节轻重取消该企业本次参询资格或纳入失信企业名单。纳入失信名单的企业将不得再次在本区域内参加设备参询。

七、参询报价

1.1参询企业可就询价项目中某个产品或全部产品进行参询报价，报价表每个参询产品分开填报。

1.2参询人如有不同品牌、不同规格产品参询，可分别报价；所参询品种含设备易损件及主要部件，需同时报价。

1.3、所参询产品如属限价品种，须同时提供江西省医用设备和医用耗材采购监管平台中医用设备（医用耗材）最高限价，本次参询报价不能超过监管平台限价。

八、价格征询

1.1价格征询会由卫健委采购内控领导小组指定人员主持，邀请所有参询方、专家组成员参加，纪检监察部门对征询会全过程进行监督，参询方的代表人员应签到以证明其出席。

1.2 在纪检监察部门监督下，从专家库随机抽取2名医疗专家、1名医装备专家共计3名专家组成临时专家组，并由专家组成员推荐一名专家为此次价格征询会专家组组长。

1.3、价格征询应做好记录。

九、评审原则与标准

1.1 征询公告、参询材料及相关的法律法规为评审依据。

1.2科学评估、集体决策，体现公开、公平、公正。

1.3质量优先、价格合理、售后有保障。

1.4以综合评价为原则，性价比优先。

 广丰区中医院

2022年10月25日

附表一

|  |
| --- |
| **医疗设备参询品种报价表**  |
| **参询序号** | **设备名称** | **产品注册证名称** | **产品注册证号** | **生产厂家** | **规格型号** | **江西省限价（万元）** | **报单价 （万元）** | **数量** | **合计（万元）** | **参询单位** |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1.1 | 主要部件（易损件） |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **注：①、参询单位有不同品牌、不同规格品种参询，需分别报价；②、设备主要部件（易损件），需同时报价。** |
|  |  |  |  |  |  |  | **参询单位：（盖章）** |
|  |  |  |  |  |  |  | **法定代表人或授权代表：（签字）** |
|  |  |  |  |  |  |  | **日 期：** |

 附表二

|  |
| --- |
| **医疗设备参询产品详细配置清单**  |
| **参询序号** | **设备名称** | **产品注册证名称** | **产品注册证号** | **生产厂家** | **规格型号** | **参询单位** | **配置清单** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| **注：参询单位有不同品牌、不同规格品种参询，需单列，例：参询序号1-1，依次类推1-2、1-3…** |
|  |  |  **参询单位：（盖章）** |
|  |  |  |  |  | **法定代表人或授权代表：（签字）** |
|  |  |  |  |  | **日 期：** |  |  |

|  |
| --- |
| 附表三：**医疗设备询价产品参数响应表** |
| **询价序号： 设备名称：**  |
| **序号** | **询价参数** | **参询参数** | **响应情况（响应/偏离）** | **说明** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 注：①询价序号及设备名称为询价文件项目内容中的询价序号及相对应的设备名称；②响应情况：参询参数与对应的询价参数响应及正偏离即为“响应”；参询参数与询价参数不符合即为“偏离”。 |