# 富顺县人民医院市场调研/院内采购2020-16号公告

我院拟对除颤监护仪进行市场调研/采购，现面向社会公示，诚邀符合条件的供应商参加，请于2020年6月3日11:30分之前报名并现场提交报名文件。

一、项目相关信息

1、除颤监护仪，控制价4.8万/套；单独提交密封报价单。

2、除颤监护仪参数：

2.1 具备手动除颤、心电监护、呼吸监护、自动体外除颤（AED）功能

2.2 整机带电极板、电池的重量不超过6kg

★2.3 除颤采用双相波技术，具备自动阻抗补偿功能

2.4手动除颤分为同步和非同步两种方式，能量分20档以上，可通过体外电极板进行能量选择

★2.5除颤充电迅速，充电至200J<5s

2.6可配置体外起搏功能，起搏分为固定和按需两种模式。具备慢速起搏功能

2.7CPR辅助功能，可指导CPR操作，符合2010国际CPR指南要求

2.8心电波形扫描时间>10s，扫描长度>100mm

★2.9可选配血氧饱和度、血压监护功能

2.10可充电锂电池，支持100次以上200J除颤

2.11具备生理报警和技术报警功能，通过声音、灯光等多种方式进行报警

2.12成人、小儿一体化电极板，可选用除颤起搏监护多功能电极片

2.13支持中文操作界面、AED中文语音提示

2.14彩色TFT显示屏>6”, 分辨率640×480，最多可显示3通道监护参数波形，有高对比度显示界面

2.15记录仪50mm，自动打印除颤记录，可延迟打印心电，延迟时间>10s。

2.16可存储24小时连续ECG波形，数据可导出至电脑查看

2.17关机状态下设备可自动运行自检，支持大能量自检（不低于150J）、屏幕、按键检测

2.18符合除颤国际专用安全标准IEC60601-2-4:2002

2.19符合欧盟救护车标准EN1789:2007

★2.20具备良好的防水性能，防水级别IPX4

2.21具备优异的抗跌落性能，裸机可承受0.75m跌落冲击

注：以上带★的为重要参数，不符合一项扣5分；其余一般参数不符合一项扣1分。

二、供应商应具备的条件及需要递交的资料

（一）供应商应具备的条件

1、具有独立履行民事责任的主体资格；

2、遵守国家法律法规，具有良好的信誉和诚实的商业道德；

 3、具有履行合同的能力；

4、所供产品符合国家、行业标准；

（二）供应商需递交的资料

1、报名函（模板见附件一）

2、法定代表人授权委托书（模板见附件二）

3、产品主件、附件（含耗材）基本情况报价(模板见附件三)及佐证材料（主件至少提供近2年内三家其他二级或以上医院的同型号产品的发票复印件或合同复印件；附件至少提供近壹年内三家其他二级或以上医院的同型号产品的发票复印件或合同复印件）

4、资质证明文件：按生产厂家及各级代理商资质证件和各公司层级授权委托书、产品资质证件的顺序，明确体现证件齐全及各层级授权关系，包括：营业执照、生产/经营许可证、税务登记证、组织机构代码证、推荐产品医疗器械注册证/备案信息、彩页、产品使用说明书等。

4.1 生产厂家资质及授权；

4.2 各级代理商资质及授权；

4.3  产品资质及彩页等。

5、提交的所有资料及参数响应须合法、真实、有效、清晰、对应明确，并加盖鲜章，按以上顺序编订成册（一正二副共三份），并在首页编制目录，资料的规范完整装订作为比选的参与依据，反之视为无效文件；高于控制价的报价为无效报价。

6、提交资料须注明项目名称和公司名称并加盖鲜章后报名时密封提交。

三、报名截止日期之后医院采购小组择时现场拆封，采取综合评分法确定供应商；

评分办法：价格40%、参数50%、售后服务8%、提交资料规范性2%。

四、联系方式及地址

联系人：陈老师，电话：0813-7563580

联系地址：四川省富顺县富世镇吉祥路490号

如有其他疑问，请及时联系。

富顺县人民医院器械科

2020年5月29日

附件一:

**报 名 函**

富顺县人民医院：

经研究，我方决定参加贵院 项目的市场调研及报价。为此，我方郑重声明以下内容，并负法律责任。

1、我方提交的所有报名资料真实合法有效。

2、如果我方的报名文件被接受或我公司中标，我方将履行报名文件中规定的每一项要求，并按我方的承诺按期、保质、保量提供货物。

3、我方理解，并认可最低报价不是比选的唯一条件，你们有选择质优价廉产品的权利。

4、我方愿按《中华人民共和国合同法》履行自己的全部责任。

5、我方同意遵守贵院有关市场调研和询价的各项规定。

报名人代表姓名、职务：

报名人单位全称（公章）

报名人代表签字：

地 址：

电 话：

QQ邮箱：

年 月 日

附件二：

**法定代表人授权委托书**

富顺县人民医院：

 （报名公司名称）法定代表人 授权我公司 （职务或职称） （姓名）为我单位本次报名授权代理人，全权处理此次（项目名称）项目市场调研和询价活动的一切事宜。

特此授权。

（附法人及授权代理人身份证复印件）

单位名称（公章）：

法定代表人签字：

授权代理人签字：

附件三：

**产品主件、附件基本情况报价**

报名公司名称： 日期： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 名称 | 品牌  |  规格型号 | 生产厂家 | 注册证号/备案号 | 基本功能简介 | 主要技术参数 | 质保期 | 市场占有率（按公告要求提供使用该型号的三家二级或以上医院明细，并提供佐证资料，合同或发票复印件附后） | 单价 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

注：1、产品主件指主机；2、产品附件含易损的可分离功能附件、一次性耗材。