智能康复上下肢训练系统项目招标文件

（第一次）

一、项目名称：智能康复上下肢训练系统

二、采购预算（最高上限价）：392000元

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 科室 | 项目名称 | 型号 | 计量单位 | 数量 | 单价（元） | 金额（元） |
| 康复科 | 智能康复上下肢训练系统 | 成人上下肢一体型 | 台 | 3 | 98000 | 294000 |
| 智能康复上下肢训练系统 | 床边下肢型 | 台 | 1 | 98000 | 98000 |

三、付款方式：乙方应向甲方提供合法的发票，甲方凭发票分三次付款。乙方对产品进行安装并调试验收合格后次月，甲方按发票支付货款总金额的50%，六个月后，如没有出现质量问题，再支付总金额的40%，余款10%在验收合格满 （乙方提供产品质保期的年限）年后付清。

四、交货时间：自合同签订之日起30天内安装调试完毕。

五、评标办法：竞争性议价，现场需二次议价

六、投标人的资格要求

（一）基本要求

1、营业执照（需备注三证合一或五证合一）

2、法定代表人身份证明

3、法定代表人授权委托书（如有）

4、基本账户信息

5、设备配置清单

6、采购需求偏离表（提供投标产品技术参数佐证资料）

7、投标人须提供“医疗器械经营许可证”或“医疗器械经营备案凭证”、制造商须提供“医疗器械生产企业许可证”、“医疗器械经营许可证”及国家药监部门颁发的“医疗器械产品注册证”或“医疗器械生产备案凭证”

8、投标人所投产品如为进口产品，还需提供生产厂商（制造商）或经销商或代理商出具的针对本项目的授权书。

（二）其它要求

1、母公司及其控股子公司不能同时参与本项目的申请。

2、单位负责人为同一人或者存在控股、管理关系的不同单位，不得参加同一包投标或者未分包的同一项目投标。

3、与招标人存在利害关系可能影响招标公正性的法人、其他组织或者个人。不得参加投标。

4、本项目不接受联合体投标。

5、其他说明:“法定代表人”即“负责人”。

1. 采购需求：

（一）成人上下肢一体型技术参数：

1.系统动力系统采用特殊的结构设计（主被动智能控制系统），使智能康复训练系统的动力系统使用寿命长，具备配重设计和防滑设计，使仪器稳定性更强，高度可以调节。

▲2.可以建立病例管理，生成训练报告。

3.采用≧10寸彩色液晶触摸屏显示技术且一目了然的控制面板的设计，使医务工作者能轻松容易的掌握，能够实时显示患者主被动做功情况；方便不同患者训练体位，上肢训练单元可高低调节,显示屏幕可（0-330±5%）度转动。屏幕上能实时显示主、被动情况。

▲4.具有六种及以上针对性的训练模式，包含但不限于神经模式、骨科模式、心肺模式、反馈模式、被动模式、等速模式和游戏模式。

▲5.具有四种及以上的患者训练安全保护功能，包含但不限于痉挛保护、声控保护、靶心率保护和磁控保护。且痉挛敏感等级、声控敏感等级和靶心率目标数值均可调。靶心率设定范围：0-150，精度±5次/min。设备能智能感应患者的心率大小，超过设定心率机器自动停止，保护患者安全。

6.电器参数：AC220V±10%；频率50Hz；输入功率≤800VA。

7.可调参数：定时范围：0～120min±10%；速度显示范围：0-99r/min±10%；速度设定范围：0-60r/min±10%；角度设定范围：0-330度±5；阻力设定等级：1-20；阻力力矩：0-20Nm；心率设定范围：0-150，精度±5次/min

（二）床边下肢型技术参数：

1、为了患者训练的安全性和稳定性，具备配重设计和防滑设计，具有脚刹驻机功能。

2、电机动力系统运动时有力且平稳，使患者训练时安全有保证，使设备的各项功能指标都能正确运行。

▲3、动力系统采用特殊的结构设计（高度可在1010mm至1190mm之间调节），使智能康复训练系统的动力系统使用寿命长。使用年限不少于8年，适应我院ICU病床（滑轮宽48cm,高10cm），机器前支撑不宽于46cm,高度≤7.8cm。

▲4、具有六种及以上针对性的训练模式，包含但不限于神经模式、骨科模式、心肺模式、反馈模式、被动模式和游戏模式。

5、为了方便医务人员操作，采用≥10寸彩色液晶触摸屏显示技术，显示屏平面翻转0-90°，显示屏轴向旋转0-200，能够实时显示患者主动做功情况。

▲6、具有四种及以上的患者训练安全保护功能，包含但不限于痉挛保护、声控保护、靶心率保护和磁控保护。且痉挛敏感等级、声控敏感等级和靶心率目标数值均可调。靶心率设定范围：0-150，精度±5次/min。设备能智能感应患者的心率大小，超过设定心率机器自动停止，保护患者安全；

7、电器参数：AC220V±10% 、频率50Hz；输入功率<300VA；

8、可调参数：定时范围：0～120min±10%；速度显示范围：0-99r/min±10%；速度设定范围：0-60r/min±10%；角度设定范围：0-330度±5%；阻力设定等级：1-20；阻力力矩：0-20Nm；心率设定范围：0-150，精度±5次/min

9、气动助力升降高度1000-1600mm±10％；根据患者情况训练单元高低调节，充分考虑患者训练体位。

10、下肢治疗运动半径≥两档可调；

11、治疗头高低角度≥三挡可调；

（三）其它要求：

1、驻地以上城市具有厂家备件库及售后服务工程师，支持安装、调试及维修。

1. 厂家提供操作人员的外出培训及现场操作培训。

3、本项目要求提供生产日期为1年内的设备,设备使用年限≥8年（提供佐证）。

4、质保期大于或等于2年，质保期从验收合格后开始计算。质保期内所有软件维护、升级和设备维护等要求免费上门服务。

5、提供设备标准配置清单，涉及耗材及易损件提供清单分项报价。

1. ★投标供应商所投产品技术参数符合性条款审查，如有一条（及以上）重要（“▲”号）条款明显偏离或普通条款3条（及以上）偏离，所投产品将视为不符合使用科室需求，该投标将视为无效投标。

八、投标文件编制要求：

1、投标文件必须采用胶装成册，一式三份（一份正本，两份副本）。投标文件制作格式见附件1。

2、投标文件必须加盖投标单位公章和法人代表签字或委托代理人签字，并用密封袋密封，密封袋上也必须加盖投标单位公章，否则作废标处理。

九、投标截止时间、开标时间及地点：

1、投标截止及开标时间：2025年10月16日09:00，超过截止时间的投标将被拒绝（★）。

2、开标地点：浏阳市人民医院中央区四楼二会议室

逾期送达或未送达指定地点的或未按招标文件要求密封的投标文件，招标人可拒绝接收。投标人法定代表人或授权委托人须亲自到场参加投标。

十、有关此次招标事宜，可与下列人员联系：

联系电话：采购办 李女士：0731-83620086  宋先生：0731-83605784

浏阳市人民医院

2025-10-10

**附件1：投标文件制作格式**

**投 标 文 件**

**采购项目名称：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**投标单位：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_（公章）**

**企业法人营业执照注册号：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**投标人或委托人:：\_\_\_\_\_（投标文件封装表面现场签名）**

**投标人或委托人联系电话：\_\_\_\_（投标文件封装表面现场签名）**

**投标日期：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_（投标文件封装表面现场签名）**

年 月 日

**投标文件组成**

1. 营业执照（需备注三证合一或五证合一）
2. 法定代表人身份证明（彩印）
3. 法定代表人授权书(委托代理人参加开标)（彩印）
4. 报价文件
5. 技术响应与偏离表（提供投标产品技术参数佐证资料）

六、 投标人须提供“医疗器械经营许可证”或“医疗器械经营备案凭证”制造商须提供“医疗器械生产企业许可证”、“医疗器械经营许可证”及国家药监部门颁发的“医疗器械产品注册证”或“医疗器械生产备案凭证”

七、 生产厂商（制造商）或经销商或代理商出具的针对本项目的授权书。

八、 供应商认为需要提供的其它资料。（包括但不限于基本账户信息）

**一、营业执照**（需备注三证合一或五证合一）

**二、法定代表人身份证明书（彩印）**

供应商名称：

注册号：

注册地址：

成立时间： 年 月 日

经营期限：

经营范围：主营： ；兼营：

姓名： 性别： 年龄： 系（供应商名称）的法定代表人。

特此证明。

附：法定代表人身份证复印件

|  |  |
| --- | --- |
| 法定代表人身份证（正面） | 法定代表人身份证（背面） |

供应商名称（盖单位章）：

日期：年月日

**三、法定代表人授权委托书（彩印）**

本人（姓名、职务）系 （供应商名称）的法定代表人，现授权（姓名、职务）为我方代理人。代理人根据授权，以我方名义：签署、澄清、说明、补正、递交、撤回、修改（项目名称）响应文件，其法律后果由我方承担。

委托期限： 。

代理人无转委托权。

本授权书于年月日签字生效，特此声明。

附：法定代表人身份证明

|  |  |
| --- | --- |
| 法定代表人二代身份证复印件（正面） | 委托代理人二代身份证复印件（正面） |
| 法定代表人二代身份证复印件（反面） | 委托代理人二代身份证复印件（反面） |

法定代表人（签字）：

委托代理人（签字）：

日期：年月日

**注：授权代表递交此授权委托书并附法定代表人身份证明参加开标（授权代表由法人本人担任的，仅需提供法定代表人身份证明）。**

**四、报价文件**

投标人名称（公章）：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 一 | 项目名称 |  |
| 二 | 交 货 期 |  |
| 三 | 总投标报价 | 小写：  大写： |
| 四 | 品牌型号 |  |
| 五 | 备 注 |  |

注：本项目采用费用包干方式，供应商应根据项目要求和现场情况，详细列明项目所需的设备（软件开发）及材料购置，以及产品运输保险保管、项目安装调试、试运行测试通过验收等所有人工、管理、财务等所有费用，如一旦成交，在项目实施中出现任何遗漏，均视为包含在报价中，采购人不再支付任何费用。

供应商（盖单位章）：

法定代表人或其委托代理人签字：

日期：年月日

1. **技术响应与偏离表（提供投标产品技术参数佐证资料）**

**六、 投标人须提供“医疗器械经营许可证”或“医疗器械经营备案凭证”（如为制造商须提供“医疗器械生产企业许可证” “医疗器械经营许可证”及国家药监部门颁发的“医疗器械产品注册证”或“医疗器械生产备案凭证”）**

**七、 投标人所投产品如为进口产品，还需生产厂商（制造商）或经销商或代理商出具的针对本项目的授权书。**

**八、供应商认为需要提供的其它资料**