多光谱皮肤镜图像处理工作站项目

招标文件（第一次）

一、项目名称：多光谱皮肤镜图像处理工作站

二、采购预算（最高上限价）：270000元

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 科室 | 项目名称 | 计量单位 | 数量 | 单价（元） | 金额（元） |
| 整形美容科 | 多光谱皮肤镜图像处理工作站 | 台 | 1 | 270000 | 270000 |

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）工作站硬件参数**

▲1、传感器类型：CCD   
2、镜头类型：光学放大镜头

3、支持4K影像拍摄  
4、像素≥2400万

5、分辨率≥4000\*6000

6、照度≥2000lux

7、辐照度：≤1000W/m²

▲8、成像均匀性：＞95%

9、白光光源峰值波长：448nm，±15nm

10、UV 光源峰值波长：365nm，±15nm

▲11、影像精度：≥300DPI

12、光源色温≥6600K

13、支持自动白平衡

14、支持HDMI接口

▲15、支持镜头防抖功能

16、镜头模组：九组十一片光学镜头

17、台机一体系统，台车通过医疗器械注册

18、至少包含RGB光、偏振光、UV紫外光三种

19、开放式拍照或带有遮光罩两种方式均可

**（二）工作站系统参数：**

1、信息管理：包括但不限于：患者信息的登记、保存、查找、编辑、删除、图像的采集、导出、导入等功能等。

2、图像管理：包括但不限于：图像的采集、保存、删除、导出、导入等。影像对比至少包含镜像对比、双图对比、四图对比、八图对比、三维对比等。

3、图像处理：包括但不限于：锁定目标区域，进行标记、数量统计、画面对比、测量等等，为医生诊断提供可靠的参数。

4、管理系统开放部分功能，医生可以收集，整理，编辑、上传、下载临床病例图片。

5、通过系统数据分析，对皮肤问题进行分型定级，辅助医生对患者皮肤问题做诊断，设计治疗方案，进行精准治疗。

6、提供≥3种图文报告模板，便捷的图文报告编辑、打印、保存、另存、删除功能。影像报告功能至少包含报告的自由编辑、电子输出、水印定制、打印或PDF导出功能

7、成像及图像处理模式：至少包含白光模式成像、偏振光模式成像、毛细血管模式成像、炎性特征模式成像、棕色模式成像、UV 光卟啉模式成像、UV 光色素模式成像、绿色模式成像等。

8、系统功能：可分析至少包含深层和浅层的色素斑、皮肤的炎症、皱纹、平滑度、毛孔、卟啉数量等，具备绝对数值分析（比如色斑的具体面积mm²）和相对数据（比如炎症浓度占比%）双重评估标准

9、智能坐标对比：可实现前后坐标对比，更好的反映系统客户治疗前后的差异。

10、特征凸显（三维观察）:可分别对松弛度，皮肤色斑凸显，皮肤皱纹凸显。

11、多光谱影像同步放大功能：1-8张均可。

12、支持拍摄画面预览。

13、患者信息脱敏功能，患者隐私保护功能。

14、瘦脸抗衰评估，可模拟出未来的皮肤衰老状况。

15、配置台车：电动升降≥3档自动设定，桌面到地面高度700mm（允许偏差±10mm）～1080mm（允许偏差±5mm）可调；

16、整显示屏角度可调整，悬空一体式显示屏键鼠支架，可左右和上下调；

17、设备配套的医器械注册软件界面横屏阅读模式

18、支持透镜功能：支持在一张原图上对同一皮损进行不同光谱影像对比，无需切换整张光谱图片

（二）其它要求：

★1、投标供应商所投产品技术参数符合性条款审查，如有二条（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。

2、投标供应商必须在投标文件中提供上述技术参数偏离表，并提供所投设备技术参数佐证材料：货物最新彩色样本资料（彩色样本资料为厂商公开发布的印刷品）或产品制造商出具的技术白皮书（封面+与技术参数相关的页面）原件扫描件、由产品制造商加盖公章的产品技术参数证明书，否则视同为负偏离。

3、所投设备须免费接入医院内网络信息系统（PACS、LIS、HIS等），其网络接入或接口相关费用由中标人承担，采购人不承担任何费用。

4、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

5、厂家提供操作人员的外出培训或现场操作培训.

6、本项目要求提供生产日期为6个月内的设备,设备使用年限≥5年（提供佐证）。

7、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。

8、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。

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23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

2025-10-16

**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**