全胸多频震荡排痰机招标文件

1. 项目名称：全胸多频震荡排痰机

二、采购预算（最高上限价）：28000元

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 科室 | 项目名称 | 数量 | 计量单位 | 单价（元） | 金额（元） |
| 急诊科 | 全胸多频震荡排痰机 | 1 | 台 | 28000 | 28000 |

1. 付款方式：结算方式为：货到验收合格付总货款的50%，使用半年后无质量问题付总货款的40%,10%作为质保金一年质保到期后付清。
2. 交货时间：合同约定

五、评标办法：竞争性议价

六、投标人的资格要求

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、采购需求偏离表（提供投标产品技术参数佐证资料）

5、投标人须提供所投产品的医疗器械注册证及质量检验报告

6、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。

七、采购需求

**全胸多频震荡排痰机技术参数**

1. **设备用途：**运用高频胸壁震荡技术进行呼吸气道清除排痰治疗。适用于分泌物排出困难或由粘液阻塞肺部引起的肺膨胀不全患者，促进气道清除排痰或改善支气管引流。

**2.结构形式：**便捷式兼备台式功能（配置台车）。

**3.显示方式：**5寸彩色液晶触摸屏，配合一键飞梭式旋钮调节，操作方便**。**

**4.导气方式：**采用二级导气软管同步向充气背心充、放气。每个背心同时连接2根导气软管，使背心充气均匀。

**5.正常工作条件标准：a)**环境温度：5℃-40℃；**b)**相对湿度：30%-85%；**c）**电源电压：～220V±10﹪；**d）**频 率： 50Hz±1Hz。

**6.排痰机振动频率范围：**5Hz--20Hz，频率连续可调，步距增量为1Hz，误差为±20％。

**7.治疗过程中的压强：**治疗仪具有压强指示装置，压力调节范围分为10档，压强为0.5Kpa--3.2 Kpa, 误差±15%，步距0.3kpa，初始值为3档。

**8.工作模式：**治疗仪具有手动模式、五种自动程序模式及用户自定义模式。

**9.**自动模式按体型不同而分级定制，共有5种自动程序模式：儿童（1-7岁）模式、儿童（7-15岁）模式、成人（瘦弱）模式、成人（正常）模式、成人（丰腴）模式。自定义模式：治疗前设定各时段的压力、频率及时间，治疗中不可调。

**10.定时功能：**自动模式定时时间5min--20min，手动模式定时时间1min--99min，步距为1min。

**11.排痰机工作噪声：**正常工作的整机噪音≤50dB。（A计权）

**12.排痰机手动释压：**治疗仪提供在各种状态下手动释放加压装置气压的措施。该措施只需一个动作就能完成。

**13.充气背心：**背心由外套及气囊两部分组成，可以拆卸，外套可按普通衣物的方式随时进行清洗和消毒。可选配一次性充气背心及胸带。

**14.背心尺寸**（单位：mm，尺寸可供选配）：\*标配：标准全胸充气背心3个、简易半胸充气带3个。尺寸参照如下：

成人背心尺寸：1450\*640 1300\*640 1020\*640

成人胸带尺寸：1350\*200 1120\*200 920\*200

儿童背心尺寸：946\*600 827\*526 737\*472

儿童胸带尺寸：800\*180 650\*180 500\*180

八、投标文件编制要求

1、投标文件必须采用装订成册，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：2021年11月19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：刘宏：13907497269  宋远超：13973193610

**附件1：投标文件制作格式**

**投 标 文 件**

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

**投标人:**

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”（如为制造商须提供“医疗器械生产企业许可证”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。

八、 供应商认为需要提供的其它资料。

**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”**

**七、 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。**

**八、供应商认为需要提供的其它资料**