浏阳市人民医院

数字遥测监护采购项目招标文件

一、项目名称：综合二科数字遥测监护仪采购项目

二、采购预算（最高上限价）：300000元

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 科室 | 项目名称 | 数量 | 计量单位 | 单价（元） | 金额（元） |
| 综合二科 | 数字遥测监护仪 | 16 | 台 | 18750 | 300000 |

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一个月内，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%在验收合格一年并出具厂家售后承诺书后付清。

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

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“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”）

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。

1. 采购需求

1. 整机要求

1.1 遥测发射盒重量不超过170克（含电池）。

1.2 遥测发射盒尺寸不超过99 x 60 x 24 mm 。

1.3 遥测发射盒防水等级符合IPX7要求，抗跌落测试通过1.5米跌落测试，电击防护等级CF（包括ECG、SpO2）。

1.4 遥测发射盒采用彩色屏，屏幕尺寸≥1.5英寸，屏幕分辨率≥240 x 240像素，提供彩页或说明书证明文件 。

1.5 遥测发射盒屏幕可同时显示至少2个参数和1道波形。

2. 监测参数

2.1 标配心电监护，提供HR，ST，PVC测量值，选配血氧监测，提供SpO2，PR，测量值（ST，PVC在中央站上显示）。

2.2 具有多参融合算法，良好的抗干扰性能。

2.3 支持≥3通道心电波形同步分析，可进行多导心电分析，提供产品界面、说明书或技术专利证名等证明材料。

2.4 具有抗运动算法，良好的抗干扰性，提供彩页或说明书等证明文件。

2.5 提供3/5导心电监护,心率测量范围：成人15 – 300 bpm，小儿15 – 350 bpm。

2.6 心电滤波模式提供监护模式（0.5 -40Hz），ST模式（0.05 - 40Hz）, 运动模式（1~20 Hz）。

2.7 提供ST段分析，提供ST值，和每个ST的模板。（中央站上显示）

2.8 提供ST图像化显示界面，可以快速查看ST值的变化。（中央站上显示）

2.9 提供单个，多个ST值报警，并支持相对的报警限设置。

2.10 提供起搏分析。

2.11 具有QT/QTc测量功能，提供QT，QTc和ΔQTc参数值。（中央站上显示）

2.12 QTc计算公式提供：Bazett, Fridericia, Framingham, Hodges。

2.13 支持房颤及室上性心律失常分析功能，如：室上性心动过速，SVCs/min等，标配支持≥27种实时心律失常分析，提供彩页或说明书等证明文件。

2.14 血氧饱和度测量范围：0 - 100%，来自于血氧的脉率测量范围：20 – 300 bpm。

2.15 可显示弱灌注指数（PI）。

3. 系统功能

3.1 遥测发射盒有三个硬按键：开关机/关屏，护士呼叫和主界面键。

3.2 遥测发射盒主界面上能够显示病人信息。

3.3 支持在同品牌监护仪上通过它床观察的方式查看连接到中央站的遥测监测数据和报警。

3.4 支持设备实时定位和设备历史位置追踪功能。

3.5 支持给患者发送消息。

3.6 可以采用一块可充电锂电池供电，使用全新充满电的锂电池，工作时间不小于170h；可以采用采用3 节AA 电池供电，全新3 节AA 电池，工作时间不小于110h 。

3.7 采用608M WMTS无线网络传输技术，实现遥测数据的传输。

3.8 锂电池集中充电器能够同时提供不少10块电池同时充电，每个充电位都提供电池充电状态指示灯，一块电池充电到90%的时间不大于5小时。

3.9 所投产品通过中国国家食品药品监督管理局二类医疗器械产品注册，配合中心监护系统使用心电信号分析通过三类注册。

3.10 投标产品适用于成人、小儿的监测。

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：2023年3月3日9:00，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：刘先生：13907497269  宋先生：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”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**