食道镜及配套器械采购项目招标文件 （第一次）

一、项目名称：食道镜及配套器械采购项目

二、采购预算（最高上限价）：40000元

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 科室 | 项目名称 | 数量 | 计量单位 | 单价（元） | 金额（元） |
| 手术中心 | 食道镜及配套器械 | 1 | 套 | 40000 | 40000 |

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

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”（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”）

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。

1. 采购需求：

食道镜由LED医用内窥镜冷光源、食道镜、食道异物钳、吸引管组成。

1. LED医用内窥镜冷光源技术参数：
2. 安全分类I类BF型
3. 电源～220V 50Hz
4. 低功耗，额定输入功率不大于250VA
5. 灯额定功率≥80VA，输出亮度相当于≥350W氙灯
6. 手动调光，亮度调节0-100连续可调，亮度有数值显示
7. 开启即亮，没有开始延时
8. 液晶屏显示故障代码和使用时间
9. 多功能光孔，可随意更换
10. 光孔可匹配各类硬镜和软镜品牌
11. 光输出通道：单通道
12. 灯泡寿命长，灯泡工作寿命≥20000h.
13. 光输出色温3000K～7000K
14. 高显指，显色指数Ra≥90，画面逼真
15. 光通量≥100 lm（上限不计）
16. 温度低，不含红外线和紫外线
17. 冷却方式：风冷
18. 性能稳定，寿命长，高显指，整机保修时间二年，其中LED灯保修5年
19. 轻便环保，重量≥6kg

（二）食道镜

1、与人体部分接触的材料符合医用不锈钢标准（YY/T0294.1-2005）的要求，对应标准的中M号钢。

2、产品零件采用全自动加工中心生产，精度高，产品互配性好。

3、无电镀表面处理技术,有效防止电镀对人体产生的副作用。

4、表面：食道镜管头端应圆滑，外表面光洁，镜管外表面粗糙度Ra值不大于0.2m。

5、照度：物距10mm处食道镜照度应不小于3000Lx。

6、耐腐蚀性能：食道镜具有良好的耐腐蚀性能，经常规消毒，不得产生腐蚀现象。

7、发光面：光纤至镜前端面发光。

8、应满足以下规格尺寸：

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 插入部外径D1  （器械通道最小宽度） | 插入部外径D2  （插入部分最大宽度） | 工作长度L | 备注 |
| 1 | 9±0.45 | 13±0.45 | 250±2 |  |
| 2 | 11±0.45 | 15±0.45 | 300±2 |  |
| 3 | 10±0.45 | 16±0.45 | 360±2 |  |
| 4 | 13±0.45 | 17±0.45 | 380±2 |  |
| 5 | 12±0.45 | 18±0.45 | 400±2 |  |
| 6 | 10±0.45 | 16±0.45 | 400±2 | 选配 |
| 7 | 12±0.45 | 18±0.45 | 250±2 |
| 8 | 12±0.45 | 18±0.45 | 450±2 |

（三）配套手术钳、吸引管：

1、食道异物钳：

满足抱合式、鳄口式、倒齿式、旋转式四种规格。

最大插入部外径：φ4；

工作长度：450mm；

2、吸引管

最大插入部外径：φ2.5、φ3、φ4

工作长度：450mm；

（四）采购标配清单：

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 物料名称 | 规格型号 | 单位 | 数量 |
| 1 | 食道镜 | 9\*13\*250 | 支 | 1 |
| 2 | 食道镜 | 11\*15\*300 | 支 | 1 |
| 3 | 食道镜 | 10\*16\*360 | 支 | 1 |
| 4 | 食道镜 | 13\*17\*380 | 支 | 1 |
| 5 | 食道镜 | 12\*18\*400 | 支 | 1 |
| 6 | 异物钳 | 抱合式φ4\*450mm | 把 | 2 |
| 7 | 异物钳 | 鳄口式φ4\*450mm | 把 | 2 |
| 8 | 异物钳 | 倒齿式φ4\*450mm | 把 | 2 |
| 9 | 异物钳 | 旋转式φ4\*450mm | 把 | 2 |
| 10 | 吸引管 | φ2.5\*450mm | 支 | 1 |
| 11 | 吸引管 | φ3\*450mm | 支 | 1 |
| 12 | 吸引管 | φ4\*450mm | 支 | 1 |
| 13 | 食道镜手柄 |  | 只 | 1 |
| 14 | 导光束\* | φ4.5\*1800mm | 根 | 2 |
| 15 | 消毒盒 | 配套 | 个 | 1 |
| 16 | LED医用内窥镜冷光源 |  | 台 | 1 |

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：2024年12月10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

2024-12-2

**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:：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_（现场签名）**

**投标人或委托人联系电话：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_（现场手签）**

**投标日期：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_（现场手签）**

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。（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”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**