转运监护仪采购项目招标文件（第一次）

一、项目名称：转运监护仪采购项目

二、采购预算（最高上限价）：38000元

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 科室 | 项目名称 | 数量 | 计量单位 | 单价（元） | 金额（元） |
| 麻醉科 | 转运监护仪 | 1 | 台 | 38000 | 38000 |

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。

七、采购需求：

组成部件：主要由多参数监护主机、显示终端、温度组件、脉搏血氧组件、无创血压组件和心电组件组成。

工作条件：环境温度：0℃～40℃；相对湿度：≤95%。

▲心电监测功能：具备心电监测功能，导联标配三导联、可选择五导联。

▲检测参数：具有心电、脉搏血氧、血压、心率、呼吸、温度 6参数测量一体机

5、测量功能：

(1)、静态压力测量范围0kpa(0mmHg)～40kpa(300mmHg)，误差应不大于±0.4kpa（3mmHg）。

(2)、心电测量范围成人30bpm~300bpm;儿童测量范围30bpm~350bpm。误差应不大于±1%或±1bpm。

（3）、血氧测量范围70%～100%，精度70% ～100% 、±2%；

（4）、呼吸率测量范围10rpm～120rpm，精度±2rpm或±2%；

（5）、温度测量范围15-45℃，精度在37.0-39.0℃范围内最大允许误差±0.1℃，在其他测量范围最大允许误差±0.2℃。

6、语音控制功能：具备语音控制功能

7、语音录入功能：具备语音录入医嘱功能，可转化文字并打印结果。

8、触摸屏功能：设备具有触摸屏功能。

9、低电量提醒：当电压低于额定压的90%时，会在终端出现电量不足提示。

10、断开提醒：当监测终端与显示终端断开连接时会在终端出现断开连接的提示

11、▲数据和趋势存储与回顾功能：监测数据和趋势可实时存储，全参数可实时回顾，多通道可全息回放。

12、中央监护数据储存：10000例以上且储存空间可拓展。

13、监护分析和报告功能软件：中央监护对各监护患者进行24小时高精度心律异常统计分析与编辑，24小时血压趋势统计分析与编辑，24小时综合参数汇总统计与分析，并可对分析或编辑后的结果进行打印或保存。

14、监护仪显示功能：可将多参数监护仪的监测数据无线传输，数据无缝匹配其它品牌监护仪实时显示。

15、▲系统及显示：采用≤4.3寸触摸屏，智能安卓系统、软件可扩展性强

16、中央监护支持PC/手机APP端：同时支持手机APP端和PC端中央监护显示功能

17、报警参数下发及远程操控功能：可以在中央监护端远程设置多参数监护终端的全参数报警上下限，并可远程控制多参监护仪进行血压监测。

18、报警功能：具有动态血压、心电、血氧饱和度、温度和呼吸率报警功能选择和消警功能。

19、多种无线组网方式：可以通过Mesh自组网/4G/WIFI等方式进行无线组网。并可与医院有线网络扩展对接，与医院信息系统进行单向或双向信息互通。

20、无线传输功能：设备具有Mesh自组网/4G/WIFI等无线网络接入功能，可实现无线传输

21、电外科干扰抑制：具备电外科干扰抑制功能，符合YY 1079-2008中的电外科干扰抑制的标准

22、输入阻抗：对具有心电图波形显示能力的监护仪，输入阻抗不小于10MΩ。

23、共模抑制：监护仪的共模信号抑制能力分别为诊断＞90dB，监护＞105dB，手术＞105dB

24、防水等级：≥IPX2

25、可扩展性：可扩展性强，可根据业务扩展功能进行呼末二氧化碳、血糖和胎心的监测等。

设备使用效期≥8年（提供注册证或说明书佐证材料），所供产品为6个月内出厂正品

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8月29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

2024-8-22

**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。（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**