**治疗转运车等仪器设备拟院内比选采购公告**

**一、说明：**

1、以下采购项目，我院拟向社会公开，于近期进行院内比选采购

2、请有意向参与该些项目竞标且具备资质的生产企业、经销企业，按以下具体要求递交纸质相关资料,一式两份（医学装备科和使用科室各一份），若所投产品具有专机专用耗材及试剂的，则要求递交纸质相关资料。在4月 2 日前递交我院医学装备科审核，资料不全、逾期者，谢绝接收。比选时间、地点另行通知，联系人：陈老师，电话：0593-2837034；

3、中标结果以评审小组成员最终意见签字确认。

**二、项目内容：**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 项目名称 | 数量 | **预算单价（万元）** | **预算总价（万元）** | 使用科室 | 备注 |
| 1 | 治疗转运车 | 2 | 1 | 2 | 消化内镜 | 胃镜室专用 |
| 2 | 耳内窥镜 | 1 | 0.32 | 0.32 | 耳鼻喉科 | 0°2.7\*110mm |
| 鼻窦镜 | 1 | 0.3 | 0.3 | 30°4\*175mm |
| 鼻窦镜 | 1 | 0.3 | 0.3 | 70°4\*175mm |
| 喉内窥镜 | 1 | 0.58 | 0.58 | 12°4\*185mm |
| 喉用钳 | 1 | 0.15 | 0.15 | 三角45°2.2mm杆子弯22° |
| 喉用钳 | 1 | 0.15 | 0.15 | 三角45°2.2mm |
| 喉用钳 | 1 | 0.15 | 0.15 | 30°4.5mm |
| 剥离子 | 1 | 0.04 | 0.04 | 2.5mm 双头 |
| 鼻剥离器 | 1 | 0.056 | 0.056 | 3.0mm双面 带吸引 旋转0° |
| 3 | 鼻窥器 | 60 | 0.011 | 0.66 | 耳鼻喉科 | 成人鼻镜30mm |
| 鼻窥器 | 40 | 0.01 | 0.4 | 小儿鼻镜20mm |
| 耳用镊 | 50 | 0.007 | 0.35 | 枪状160mm |
| 耳用膝状镊 | 50 | 0.007 | 0.35 | 110mm |
| 盯聍钩 | 5 | 0.012 | 0.06 | 双头 |
| 剥离子 | 2 | 0.018 | 0.036 | 一头钩，一头圈 |
| 口镜 | 50 | 0.003 | 0.10 | 20mm\*19 |
| 4 | 鼻刨削刀头 | 2 | 0.47 | 0.94 | 耳鼻喉科 | 40° |
| 5 | 立式灭菌器 | 1 | 1.5 | 1.5 | 检验科 | 1.容积：≤50L，2.材质：06Cr19Ni10不锈钢 3.▲设计压力： -0.1～0.28MPa4.设计温度：≥142℃ 5.使用寿命：8年（16000次灭菌循环）6.▲开关门方式：手动平移式密封门7.▲压力表：量程：-0.1～0.5MPa 精度等级：1.6级以上，8.操作方式：面膜按键操作，一键启动，方便快捷；采用PLC控制,模块化设计的专用灭菌器控制器9、预热功能：设定预热模式后，程序启动自动预热10、程序名称：标准程序包括标准134、标准121、BD测试、真空测试；实验室程序包括液体程序、固体废弃物、液体废弃物、培养基程序、溶解保温、玻璃器皿；自定义程序可储存98个不同参数的程序11、传感器故障自检及保护功能 |

**三、相关资料内容：**

（1）封面：资料封面上注明所投项目、报价商名称、联系人及联系电话等；

（2）资料一览表（按以下内容顺序排列，并注明页码，若无法提供该项目文件，请在该项所对应的页面上填写情况说明）；

（3）仪器设备报价一览表（含生产厂家、产地、品牌、型号、主要用途、配置清单、彩页资料等,仪器设备名称规格型号应与注册证上规格型号一致），报价表按项目分别报价（每项报价不得超过预算总价）；

（4）报价表上须承诺售后服务（原则上要求中标产品保修期限不少于2年）；

（5）仪器设备的生产许可证及医疗器械注册证（含注册登记表）复印件或备案表复印件，不作为医疗器械管理的请提供相关佐证材料；

(6) 厂家合法有效的三证（含营业执照副本复印件、及税务登记证、代码证复印件)；

（7）报价供应商合法有效的三证（含营业执照副本复印件、及税务登记证、代码证复印件)及报价供应商的医疗器械经营许可证；

（8）厂家授权书，法人代表授权书原件和法人、供应商代表身份证复印件（签名）；

（9）若配套耗材或试剂（包含专机专用，非专机专用）的，还应提供相关医疗器械注册证及登记表或备案表（不作为医疗器械管理的请提供相关佐证材料）及其分项报价；

（10）其他单位的中标资料(含配套耗材及试剂（包含专机专用，非专机专用）的合同或发票复印件(最好提供宁德本市及省内的三甲医院的中标资料)；

（11）以上资料必须加盖公章，以证明其真实性。

**报价商（盖章）：**

**报价商代表签名及联系方式：**