**吉林大学第一医院25-YJ-171内镜洗消系统等设备维保项目**

**产品议价文件**

**采 购 人：吉林大学第一医院**

**采购代理机构：中咨环球（北京）工程咨询有限公司**

## **日 期：2025年09月**

## 目 录

第一章 吉林大学第一医院25-YJ-171内镜洗消系统等设备维保项目议价公告 3

第二章 技术参数 5

第三章 文件格式 9

#  吉林大学第一医院25-YJ-171内镜洗消系统等设备维保项目议价公告

项目概况

吉林大学第一医院25-YJ-171内镜洗消系统等设备维保项目的潜在供应商应在2025年09月11日16时00分（北京时间）前报名。

## ****一、项目基本情况****

1、项目编号：25-YJ-171

2、项目名称：吉林大学第一医院25-YJ-171内镜洗消系统等设备维保项目

3、采购方式：议价

4、采购内容：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **维保设备名称** | **厂家** | **设备规格型号** | **设备序列号** | **数量** | **保修年限** | **预算总价****（万元）** | **备注** |
| 1 | 内镜洗消系统 | 柯尔公司 | RX-1 PW-2 | PW-2:DFXL-S10 | 1套 | 1年 | 2 | （耗材采购金额上限18万元/年，超出部分由乙方承担） |
| 2 | 流式细胞仪 | 美国BD公司 | FACSCalibur | E34297600523 | 1套 | 2年 | 13 | / |
| 3 | 自动细胞收获仪 | 上海乐辰生物科技有限公司 | CP-II-32 | CP-II32-022 | 1套 | 1年 | 1.98 | / |
| 4 | 超声诊断仪 | GE公司 | VOLUSON E8 | E43590、E43595、E32934 | 3套 | 1年 | 6 | / |
| 5 | 超声诊断仪 | GE公司 | Voluson E8 Expert | 18210、18219 | 2套 | 1年 | 6 | / |

注：1.本项目供应商报价不能超过采购预算金额，超过预算金额视为无效报价。

2.简要项目介绍：详见附件。

**二、供应商资格要求：**

2.1 供应商应符合《中华人民共和国政府采购法》第二十二条的规定；

2.2 如果供应商所投的货物不是自己制造的，须提供制造商出具的针对所投货物的有效授权书（如供应商为代理商，需要提供逐级授权）；

2.3供应商还需具备《医疗器械生产企业许可证》或《医疗器械生产备案凭证》或《医疗器械经营企业许可证》或《医疗器械经营备案凭证》（如有）；

2.4供应商所投磋商设备及其所附属配置应具有有效的《中华人民共和国医疗器械注册证》或《医疗器械备案凭证》（如有）；

2.5耗材（包含专机专用耗材）需标明医保27位码（如有收费项目必须提供）及吉林省阳采平台code码，需提供网页截图并加盖公章；

2.6参加采购活动前三年内，在经营活动中没有重大违法记录；

2.7 单位负责人为同一人或者存在控股、管理关系的不同单位，不得参加同一采购项目包；

2.8 拒绝列入政府取消投标资格记录期间的企业或个人投标、不接受被列入失信被执行人、重大税收违法案件当事人名单、政府采购严重违法失信行为记录名单的供应商参与磋商；

2.9软件产品，需具备软件著作权相关资料。(如有）

2.10本次采购不接受联合体投标。

## ****三、报名方式：****

3.1 发送报名表（见附件1）至邮箱3810081619@qq.com，发送名称为“公司名称+项目编号”

**四、议价时间：**

4.1 时间：2025年09月17日09时00分

4.2 地点：吉大一院招标管理部一楼会议室

1. **文件要求：**

5.1 文件正本1份、副本4份,电子版U盘1份**{**电子文档命名：25-XXX（代理商简称）注册证XX页 授权XX页 服务承诺XX页**}，**响应文件加盖公章、签字的正本扫描件PDF版于**2025年09月12日11时00分前**上传至邮箱3810081619@qq.com。

5.2以A4 纸打印，左侧纵向装订，不易拆散和换页，采用胶装装订方式，封面封底加盖公章并由供应商代表签字。**报价单单独递交，不放在标书里。**

注：审核资质时若发现供应商未按医院要求提供资质，不允许参加产品议价。

采购人：吉林大学第一医院

联系人：金老师

联系方式：18343113991

代理机构： 中咨环球（北京）工程咨询有限公司

联 系 人：咸婷婷

联系方式：0431-80543872

# 第二章 技术参数

**序号1**

|  |
| --- |
|  |
| **设备名称** | 保修设备：**1套 内镜洗消系统（全保）**柯丽尔公司 |
| **设备型号** | RX-1 PW-2 | **设备序列号** | PW-2:DFXL-S10 |
| **预算总价** | 2万元（耗材采购金额上限18万元/年，超出部分由乙方承担） |
| **保修技术参数：**1.保修年限：一年（原合同保修到期日2025年5月31日）2.整机全保修：包括但不限于人工费、零配件更换等。3.投标人配置的服务工程师必须为培训合格，取得设备生产厂家相关服务资格授权的人员，并提供相关资质资料。4.在维修过程中需要更换零配件时，应快速调用。所有更换的零配件均为原厂认证合格的、未经使用的零配件，每次维修完成后，需提供维修报告一份。5.在保修服务期内提供24小时技术电话支持，维修、维护工作时间包含周末和其他非标准工作时间，即365天×24小时服务，接到维修电话后应在2小时内做应答处理，24小时内到现场服务排除故障；6.保修服务期内每年至少提供12次定期维护保养服务，提供详细的设备保养计划，根据计划在保修服务期内定期做预防性维护保养，并提供符合原厂技术要求的保养报告；7.保修服务期内每年提供1次设备的质量控制检查服务，保证设备处于良好运行状态，并提供质控报告；8.投标人提供原厂系统免费软件升级；9.保修服务期内保修期内每年至少提供1次故障原因分析报告、质控报告、年度设备运行状态报告；特殊故障时必须提交故障分析报告；10.保修服务期内每年至少各1次科室使用者及医学工程师使用、操作、维保相关培训，包含但不仅限于理论及操作，常规性及预防性技术指导，直至使用人员及医学工程师能够正确了解使用本设备；11.保修服务期内保证全年设备开机率95%及以上（按全年365天计算，如未达到，每超出1天，则保修期顺延3天，同时保修费的给付日期也相应延长）12.付款方式：按年度每年一期，期后付款。 |
| **保养细则：****一、维护保养具体内容****1.检查设备是否漏水、漏电，工作是否正常（每月1次）；****2.纯水管路消毒（每2月1次）；****3.更换清洗工作站水过滤滤芯（每月1次）；****4.更换纯水机前置滤芯（每2月1次）；****5.处理正常的机器报警及故障。****二、保修所包含配件明细（以下配件在保修期限内，甲方无需另行支付费用，保修包含但不限于下述配件）**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **配件名称** | **品牌** | **产地** | **单位** | **预计每年****更换数量** |
| **1** | **F6硅胶管** | **柯丽尔** | **中国** | **米** | **100** |
| **2** | **F8硅胶管** | **柯丽尔** | **中国** | **米** | **50** |
| **3** | **F10胶（气）管** | **柯丽尔** | **中国** | **米** | **100** |
| **4** | **清洗槽橡胶塞子** | **柯丽尔** | **中国** | **个** | **0** |
| **5** | **灌流器Y型三通** | **柯丽尔** | **中国** | **个** | **80** |
| **6** | **灌流器快接插头（母头）** | **柯丽尔** | **中国** | **个** | **50** |
| **7** | **日本原装公头** | **柯丽尔** | **中国** | **个** | **0** |
| **8** | **鲁尔接头** | **柯丽尔** | **中国** | **个** | **80** |
| **9** | **吸水头滤芯** | **柯丽尔** | **中国** | **个** | **20** |
| **10** | **灯管** | **柯丽尔** | **中国** | **个** | **20** |
| **11** | **过氧乙酸环境消毒剂** | **柯丽尔** | **中国** | **桶** | **18** |

**三、收费耗材明细（耗材采购金额上限180,00.00元/年，超出部分由乙方承担。）**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **产品名称** | **单位** | **更换频率** |
| **水质处理器熔岩滤芯** | **个** | **6个/20天** |
| **0.2μPET空气过滤器** | **个** | **12个/6个月** |
| **终端0.02μm过滤器** | **个** | **13个/3个月** |
| **滤芯** | **个** | **5个/3个月** |
| **树脂再生剂** | **袋** | **3袋/天** |
| **海德能反渗透膜** | **个** | **4个/年** |
| **树脂** | **袋** | **6袋/年** |
| **椰壳活性炭** | **袋** | **8袋/年** |

 |

备注：

★（星号）条款代表购买此产品必须具有的功能、技术、配置等要求。

★（星号）条款代表所有代表投标单位必须符合该★（星号）条款，如不满足或有负偏离，则直接按照废标处理。★星号条款不得具有歧视性，针对性，排他性。未标记★（星号）条款的，投标公司可以存在负偏离或不满足。

**序号2**

|  |
| --- |
|  |
| **设备名称** | 保修设备：**1套 流式细胞仪（全保）**美国BD公司 |
| **设备型号** | FACSCalibur | **设备序列号** | E34297600523 |
| **预算总价** | 6.5万元 |
| **保修技术参数：**1.保修年限：二年（原合同保修到期日2025年9月30日）2.整机全保修：包括但不限于人工费、零配件更换等。3.投标人配置的服务工程师必须为培训合格，取得设备生产厂家相关服务资格授权的人员，并提供相关资质资料。4.在维修过程中需要更换零配件时，应快速调用。所有更换的零配件均为原厂认证合格的、未经使用的零配件，每次维修完成后，需提供维修报告一份。5.在保修服务期内提供24小时技术电话支持，维修、维护工作时间包含周末和其他非标准工作时间，即365天×24小时服务，接到维修电话后应在2小时内做应答处理，24小时内到现场服务排除故障；6.保修服务期内每年至少提供3次定期维护保养服务，提供详细的设备保养计划，根据计划在保修服务期内定期做预防性维护保养，并提供符合原厂技术要求的保养报告；7.保修服务期内每年提供1次设备的质量控制检查服务，保证设备处于良好运行状态，并提供质控报告；8.投标人提供原厂系统免费软件升级；9.保修服务期内保修期内每年至少提供1次故障原因分析报告、质控报告、年度设备运行状态报告；特殊故障时必须提交故障分析报告；10.保修服务期内每年至少各1次科室使用者及医学工程师使用、操作、维保相关培训，包含但不仅限于理论及操作，常规性及预防性技术指导，直至使用人员及医学工程师能够正确了解使用本设备；11.保修服务期内保证全年设备开机率95%及以上（按全年365天计算，如未达到，每超出1天，则保修期顺延3天，同时保修费的给付日期也相应延长）12.付款方式：按年度每年一期付款。 |
| **保养细则：**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **序号** | **维护保养项目** | **维护保养具体内容** |
| 1 | PM保养 | 年度1次，更换进O型圈、过滤器、部分管路等易老化配件。 |
| 2 | 调节光路 | 检查设备光学系统，是否有配件老化、损坏。如有老化、损坏，更换配件，防止设备在正常使用过程中影响实验结果准确性。 |
| 3 | 调节管路 | 检查设备液流系统，是否有配件老化、损坏。如有老化、损坏，更换配件，防止设备在正常使用过程中影响实验结果准确性。 |
| 4 | 检查仪器运行状态 | 使用仪器做标本或质控，来观察仪器运行状态，是否有其他问题出现，有则继续排查，没有则代表仪器状态良好。 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **序号**  | **编号** | **名称** |
| 1 | 34350907 | Bal-Seal, SIP（进样针密封圈） |
| 2 | 06-30215-00 | Diaphragm, Pump, TD-04（泵膜片） |
| 3 | 641913 | Filter, Air Intake, 1 1/2-in Diameter（空气过滤器） |
| 4 | 343542 | Filter, Saline, CA 2503（鞘液过滤器） |
| 5 | 34353807 | Filter. Air Hydrophobic, White, 1 1/4-in Diameter（疏水性空气滤器） |
| 6 | 343663 | Gasket, Sheath/Waste（鞘/废液桶垫圈） |
| 7 | 343612 | O-ring, 0.056 ID x 0.060 W, SIP（O型圈） |
| 8 | 343620 | O-ring, 0.101 ID x 0.070 W（O型圈） |
| 9 | 343615 | O-ring, 0.364 ID x 0.070 W, SIP（O型圈） |
| 10 | 343611 | O-ring, 0.490 ID x 0.104 W（O型圈） |
| 11 | 88-20128-00 | O-ring, 5/32 ID x 9/32 OD x 1/6 W（O型圈） |
| 12 | 343618 | O-ring, Quick Disconnect（O型圈） |
| 13 | 06-30214-00 | Repair Kit, Air Pump, TD-02（空气泵维护包） |
| 14 | 343585 | Tubing, Neoprene, DCM（蠕动泵管路） |
| 15 | 343664 | Tubing, Silastic-lab, 0.062 ID x 0.125 OD（液路管子） |
| 16 | 651540 | Tubing, Silicone, 0.06 ID x 0.03 OD（液路管子） |

 |

备注：

★（星号）条款代表购买此产品必须具有的功能、技术、配置等要求。

★（星号）条款代表所有代表投标单位必须符合该★（星号）条款，如不满足或有负偏离，则直接按照废标处理。★星号条款不得具有歧视性，针对性，排他性。未标记★（星号）条款的，投标公司可以存在负偏离或不满足。

**序号3**

|  |
| --- |
|  |
| **设备名称** | 保修设备：**1套 自动细胞收获仪（全保）**上海乐辰生物科技有限公司 |
| **设备型号** | CP-II-32 | **设备序列号** | CP-II32-022 |
| **预算总价** | 1.98万元 |
| **保修技术参数：（参考合同**YSBX-23024YJ230918-52**）**1.保修年限：一年（原合同保修到期日2025年9月30日）2.整机全保修：包括但不限于人工费、零配件更换等。3.投标人配置的服务工程师必须为培训合格，取得设备生产厂家相关服务资格授权的人员，并提供相关资质资料。4.在维修过程中需要更换零配件时，应快速调用。所有更换的零配件均为原厂认证合格的、未经使用的零配件，每次维修完成后，需提供维修报告一份。5.在保修服务期内提供24小时技术电话支持，维修、维护工作时间包含周末和其他非标准工作时间，即365天×24小时服务，接到维修电话后应在2小时内做应答处理，24小时内到现场服务排除故障；6.保修服务期内每年至少提供2次定期维护保养服务，提供详细的设备保养计划，根据计划在保修服务期内定期做预防性维护保养，并提供符合原厂技术要求的保养报告；7.保修服务期内每年提供1次设备的质量控制检查服务，保证设备处于良好运行状态，并提供质控报告；8.投标人提供原厂系统免费软件升级；9.保修服务期内保修期内每年至少提供1次故障原因分析报告、质控报告、年度设备运行状态报告；特殊故障时必须提交故障分析报告；10.保修服务期内每年至少各1次科室使用者及医学工程师使用、操作、维保相关培训，包含但不仅限于理论及操作，常规性及预防性技术指导，直至使用人员及医学工程师能够正确了解使用本设备；11.保修服务期内保证全年设备开机率95%及以上（按全年365天计算，如未达到，每超出1天，则保修期顺延3天，同时保修费的给付日期也相应延长）12.付款方式：按年度每年一期付款。 |
| **保养细则：**

|  |  |
| --- | --- |
|  | 配件更换项目 |
| 1 | 样品吊篮的全部门扣 |
| 2 | 吸液泵泵管 |
| 3 | 校正排液泵泵管 |
| 4 | 废气外排模块的过滤器 |
|  | 清洁维护项目 |
| 1 | 清理操作台面 |
| 2 | 清理加液针外壁 |
| 3 | 清理吸样针的外壁 |
| 4 | 清理吸样针清洗罐内部管路 |
| 5 | 清理进水管路 |
| 6 | 清洗吸液孔位（用毛刷清洗或者固定液浸泡） |
|  | 性能确认项目 |
| 1 | 检查Z轴的稳定性，螺丝有无松动，新型收获仪增加检查吸液Z轴底部固定螺丝有无松动 |
| 2 | 离心转盘的定位精度确认 |
| 3 | 样品吊篮的松动情况检查  |
| 4 | 离心转盘的稳定性检查，检查固定螺丝有无松动 |
| 5 | 振荡模块性能确认 |
| 6 | 样品检测传感器的灵敏度确认 |
| 7 | 管路密封性检查（加液管路和配液模块管路） |
| 8 | 吸样针清洗罐的液位传感器灵敏度确认 |
| 9 | 确认样品吊篮盖的硅胶压圈，补充脱落或质量有问题的硅胶圈 |
| 10 | 离心室加热风机工作状态，加热模块的连接线有无腐蚀 |
| 11 | 加液注射泵接头用手拧动检查，气密性是否完好 |
|  | 润滑保养项目 |
| 1 | 加液模块Z轴垂直运动丝杆螺母和导轨滑块，添加润滑油，进行润滑维护 |
| 2 | 吸液模块Z轴垂直运动丝杆螺母和导轨滑块，添加润滑油，进行润滑维护 |
| 3 | 振荡运动导轨和丝杆螺母, 添加润滑油，进行润滑维护 |
| 4 | 样品检测运动导轨滑块和丝杆螺母，添加润滑油，进行润滑维护 |
| 1 | 更换振荡模块（整体更换） |
| 2 | 更换吸液模块的硅胶管部件 |
| 3 | 更换进水泵管路 |
| 4 | 加液模块同步带（CP-II和CP-II-plus） |
| 5 | 更换漏液传感器 |

 |

备注：

★（星号）条款代表购买此产品必须具有的功能、技术、配置等要求。

★（星号）条款代表所有代表投标单位必须符合该★（星号）条款，如不满足或有负偏离，则直接按照废标处理。★星号条款不得具有歧视性，针对性，排他性。未标记★（星号）条款的，投标公司可以存在负偏离或不满足。

**序号4**

|  |
| --- |
|  |
| **设备名称** | 保修设备：**3套 超声诊断仪（全保）**GE公司 |
| **设备型号** | VOLUSON E8 | **设备序列号** | E43590、E43595、E32934 |
| **预算总价** | 6万元 |
| **保修技术参数：（参考合同**YSBX-23024YJ230918-50**）**1.保修年限：一年（原合同保修到期日2024年9月30日）2.整机全保修（含所有探头）：包括但不限于人工费、零配件更换等。3.投标人配置的服务工程师必须为培训合格，取得设备生产厂家相关服务资格授权的人员，并提供相关资质资料。4.在维修过程中需要更换零配件时，应快速调用。所有更换的零配件均为原厂认证合格的、未经使用的零配件，每次维修完成后，需提供维修报告一份。5.在保修服务期内提供24小时技术电话支持，维修、维护工作时间包含周末和其他非标准工作时间，即365天×24小时服务，接到维修电话后应在2小时内做应答处理，24小时内到现场服务排除故障；6.保修服务期内每年至少提供3次定期维护保养服务，提供详细的设备保养计划，根据计划在保修服务期内定期做预防性维护保养，并提供符合原厂技术要求的保养报告；7.保修服务期内每年提供1次设备的质量控制检查服务，保证设备处于良好运行状态，并提供质控报告；8.投标人提供原厂系统免费软件升级；9.保修服务期内保修期内每年至少提供1次故障原因分析报告、质控报告、年度设备运行状态报告；特殊故障时必须提交故障分析报告；10.保修服务期内每年至少各1次科室使用者及医学工程师使用、操作、维保相关培训，包含但不仅限于理论及操作，常规性及预防性技术指导，直至使用人员及医学工程师能够正确了解使用本设备；11.保修服务期内保证全年设备开机率95%及以上（按全年365天计算，如未达到，每超出1天，则保修期顺延3天，同时保修费的给付日期也相应延长）12.付款方式：按年度每年期前30%、期中40%、期后30%分三期付款。 |
| **保养细则：**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 　 | **项目** | **检查明细及说明** |
| **外观检查** | 电源线 | 检查电源线外观及固定卡子无破损，插头无短路 |
| 主机外壳 | 检查外壳是否有破损 |
| 监视器（可选） | 亮度 / 对比度是否可调节，显示是否正常 |
| 键盘 | 检查键是否脱落,所有键,旋钮是否工作正常 |
| 轮子 | 轮子转向及刹车是否正常 |
| 探头 | 确认主机能够识别所有探头;检查探头外观无损坏 |
| **功能检查** | B 模式 | 功能正常，参数可调节 |
| M 模式 | 功能正常，参数可调节 |
| CF 模式 | 功能正常，参数可调节 |
| PW/CW 模式 | 功能正常，参数可调节 |
| 4D模式(选项） | 功能正常，参数可调节 |
| 注释/体标 | 能正确显示注释和体标 |
| 测量 | 各模式测量功能是否正常 |
| **清 理** | 探头清理 | 全面检查探头连接口，清洁灰尘。检查探头接口针是否有弯曲，损坏和缺失 |
| 过滤网清洁 | 如果滤网是金属的，可以用流动的水清洁过滤网，或者用吸尘器清洁。如果滤网是纤维或塑料的，请使用吸尘器或毛刷清理。 |
| **测试调整** | 维修诊断 | 进行诊断测试，Error log检查。 |
| 电源检测和调整 | CSD下检查有关直流电压是否正常。 |
| 键盘系统检测（可选） | 确认升降旋转功能正常  |
| 参数校准（可选） | 进行DC Offset及触摸屏校准 |
| 数据备份 | 帮助用户备份用户设置及指导客户定期备份病人资料 |

 |

备注：

★（星号）条款代表购买此产品必须具有的功能、技术、配置等要求。

★（星号）条款代表所有代表投标单位必须符合该★（星号）条款，如不满足或有负偏离，则直接按照废标处理。★星号条款不得具有歧视性，针对性，排他性。未标记★（星号）条款的，投标公司可以存在负偏离或不满足。

**序号5**

|  |
| --- |
|  |
| **设备名称** | 保修设备：**2套 超声诊断仪（全保）**GE公司 |
| **设备型号** | Voluson E8 Expert | **设备序列号** | 18210、18219 |
| **预算总价** | 6万元 |
| **保修技术参数：（参考合同**YSBX-23035YJ20231128-70**）**1.保修年限：一年（原合同保修到期日2025年12月14日）2.整机全保修（含所有探头）：包括但不限于人工费、零配件更换等。3.投标人配置的服务工程师必须为培训合格，取得设备生产厂家相关服务资格授权的人员，并提供相关资质资料。4.在维修过程中需要更换零配件时，应快速调用。所有更换的零配件均为原厂认证合格的、未经使用的零配件，每次维修完成后，需提供维修报告一份。5.在保修服务期内提供24小时技术电话支持，维修、维护工作时间包含周末和其他非标准工作时间，即365天×24小时服务，接到维修电话后应在2小时内做应答处理，24小时内到现场服务排除故障；6.保修服务期内每年至少提供3次定期维护保养服务，提供详细的设备保养计划，根据计划在保修服务期内定期做预防性维护保养，并提供符合原厂技术要求的保养报告；7.保修服务期内每年提供1次设备的质量控制检查服务，保证设备处于良好运行状态，并提供质控报告；8.投标人提供原厂系统免费软件升级；9.保修服务期内保修期内每年至少提供1次故障原因分析报告、质控报告、年度设备运行状态报告；特殊故障时必须提交故障分析报告；10.保修服务期内每年至少各1次科室使用者及医学工程师使用、操作、维保相关培训，包含但不仅限于理论及操作，常规性及预防性技术指导，直至使用人员及医学工程师能够正确了解使用本设备；11.保修服务期内保证全年设备开机率95%及以上（按全年365天计算，如未达到，每超出1天，则保修期顺延3天，同时保修费的给付日期也相应延长）12.付款方式：按年度每年一期,期后付款。 |
| **保养细则：**

|  |
| --- |
| **GE品牌彩超维护保养细则** |
| 　 | **项目** | **检查明细及说明** |
| **外观检查** | 电源线 | 检查电源线外观及固定卡子无破损，插头无短路 |
| 主机外壳 | 检查外壳是否有破损 |
| 监视器（可选） | 亮度 / 对比度是否可调节，显示是否正常 |
| 键盘 | 检查键是否脱落,所有键,旋钮是否工作正常 |
| 轮子 | 轮子转向及刹车是否正常 |
| 探头 | 确认主机能够识别所有探头;检查探头外观无损坏 |
| **功能检查** | B 模式 | 功能正常，参数可调节 |
| M 模式 | 功能正常，参数可调节 |
| CF 模式 | 功能正常，参数可调节 |
| PW/CW 模式 | 功能正常，参数可调节 |
| 4D模式(选项） | 功能正常，参数可调节 |
| 注释/体标 | 能正确显示注释和体标 |
| 测量 | 各模式测量功能是否正常 |
| **清 理** | 探头清理 | 全面检查探头连接口，清洁灰尘。检查探头接口针是否有弯曲，损坏和缺失 |
| 过滤网清洁 | 如果滤网是金属的，可以用流动的水清洁过滤网，或者用吸尘器清洁。如果滤网是纤维或塑料的，请使用吸尘器或毛刷清理。 |
| **测试调整** | 维修诊断 | 进行诊断测试，Error log检查。 |
| 电源检测和调整 | CSD下检查有关直流电压是否正常。 |
| 键盘系统检测（可选） | 确认升降旋转功能正常  |
| 参数校准（可选） | 进行DC Offset及触摸屏校准 |
| 数据备份 | 帮助用户备份用户设置及指导客户定期备份病人资料 |

 |

备注：

★（星号）条款代表购买此产品必须具有的功能、技术、配置等要求。

★（星号）条款代表所有代表投标单位必须符合该★（星号）条款，如不满足或有负偏离，则直接按照废标处理。★星号条款不得具有歧视性，针对性，排他性。未标记★（星号）条款的，投标公司可以存在负偏离或不满足。

# 第三章 文件格式

致：吉林大学第一医院

产品议价文件

（正本）

项目编号：

产品名称（列明细）：

供应商（公章）：

生产厂家及品牌：

手机： 固定电话：

邮箱：

法定代表人签字： 日期：

**目 录**

**1、关于产品议价的声明函…………………………………………………………………………**

**2、资格要求……………………………………………………………………………………………**

1）供应商营业执照 **………………………………………………………………………………………………**

2）如产品为医疗器械或医疗耗材（包含专机专用耗材），必须提供医疗器械注册证**……………………**

3）提供《医疗器械生产企业许可证》或《医疗器械生产备案凭证》或《医疗器械经营企业许可证》或《医疗器械经营备案凭证》（如有）**……………………………………………….………………………………**

4）厂家对代理商的授权（如有）**………………………………………………………………………………**

5)“信用中国”截图**……………………………………………………………………………………………**

“中国政府采购网”截图**…………………………………………………………………………………………**

6）提供国家企业信用信息公示系统网站的基础信息截图**………………………………………………………**

7）近三年同等级三甲医院所报产品的业绩**………………………………………………………………………**

8）供应商相关资质**………………………………………………………………………………………………**

**3、法定代表人授权书……………………………………………………………………………….**

**4、采购信息汇总表…………………………………………………………………………………..**

**5、偏离表……………………………………………………………………………...……………….**

1）技术参数偏离表……………………………………………………………………………

**6、商务条款偏离表**……………………………………………………………………………

**7、供应商供货服务承诺书…………………………………………………………………………**

**8、供应商资格声明函…………………………………………………………………………………**

**9、售后服务承诺函（供应商格式自拟）………………………………………………………………**

**格式一、关于产品议价的声明函**

**关于产品议价的声明函**

吉林大学第一医院：

 关于贵院编号： 的产品议价公告，本公司愿意参加产品议价会，同意提供产品清单中规定的产品和服务，并证明提交文件中所有的证件和资质是准确的和真实的。如果所提供的证件和资质是虚假或伪造的，并因此给医院造成损失或不良影响，本公司愿意承担一切法律后果。

供应商名称：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

地 址：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

法定代表人或被授权人签字：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

电 话：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

传 真：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

邮 编：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 （ 公司盖章 ）

 年 月 日

**格式二、资格要求**

一、供应商《营业执照》（三证合一）；

二、如产品为医疗器械或医疗耗材（包含专机专用耗材），必须提供医疗器械注册证（如无医疗器械注册证，自行出具声明并盖章，声明不属于医疗器械或仅用于科研）；

三、提供《医疗器械生产企业许可证》或《医疗器械生产备案凭证》或《医疗器械经营企业许可证》或《医疗器械经营备案凭证》（如有）；

四、厂家对代理商的授权（如为二级代理商，需要提供逐级授权）；

五、提供近三年内（本项目投标截止期前）

1.未被“信用中国”网站列入失信被执行人和重大税收违法案件当事人名单的；

2.未被“中国政府采购网”网站列入政府采购严重违法失信行为记录名单（处罚期限尚未届满的）的截图证明

六、提供国家企业信用信息公示系统网站的基础信息截图（应包含营业执照信息、股东及出资信息、主要人员信息）；

七、近三年同等级三甲医院所报产品的业绩

八、供应商相关资质。

**格式三、法定代表人授权书（法人参与产品议价会的可不提供）**

本授权书声明：注册于 （注册地点） 的 （供应商名称） 公司的 （供应商法定代表人姓名、职务） 代表本公司授权 （被授权人单位名称） 的 (被授权人姓名、职务) 为本公司的被授权人，就\_\_\_（议价名称）\_\_\_项目（项目编号: ）的产品议价内容全权负责，以本公司名义处理一切与之有关的事务。被授权人在议价中所签署的一切文件和处理的与之有关的一切事务，我均予以承认。被授权人无转委托权。

本授权书于 年 月 日签字生效，授权期限为一年，特此声明。

供应商名称**（加盖公章）：**

地址：

 法定代表人**（签字或盖章）**：

被授权人**（签字）**：

**附：（法定代表人身份证复印件） （被授权人身份证复印件）**

**注：法定代表人授权书必须按规定有效签署和加盖公章。**

**格式四、信息汇总表**

**信息汇总表**

**项目编号：**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **维保设备名称** | **厂家** | **规格型号** | **序列号** | **数量** | **保修****年限** | **备注** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

供应商名称（加盖公章）： 供应商被授权人签字：

**格式五、偏离表**

**（一）技术参数偏离表**

| **项目条款** | **采购要求** | **投标配置及技术描述** | **是否偏离** | **说明** |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**注：**

1. 供应商根据技术参数自行填写；

2. 供应商不得复制磋商文件的技术规格相关部分内容作为其响应文件中一部分，需按实际参数正确填写；

3. 第二章技术参数中要求提供的材料在本表格后附。

**格式六、商务条款偏离表**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **项目条款** | **采购条款** | **响应条款** | **是否偏离** | **说明** |
| 项目报价 |  |  |  |  |
| 付款方式 |  |  |  |  |
| 服务地点 |  |  |  |  |
| 服务标准 |  |  |  |  |
| ... |  |  |  |  |

**注：**

供应商不得复制磋商文件商务条款的相关内容作为其响应文件中的一部分，需以综合评分表中商务条款得分项为依据，并结合实际情况如实填写。

**格式七、供应商供货服务承诺书**

供应商供货服务承诺书（修订版-20250303）

为进一步加强供应商管理，规范各供应商配送行为，有效保证我院临床科室正常工作，现对各在院供应商进行如下规范：

1. 定期更新各种资质、证照

如因各种资质、证照、授权过期或提供虚假信息等，导致医院产生违法、违规采购行为并被相关部门处罚的，处罚需由供应商或生产厂家承担。医疗纠纷产生的经济赔偿均按照合同约定给予相应处理，拒绝赔偿的将从供应商应付货款中相应扣除。

二、在供应商平台准确、及时上传信息

如因未准确、及时上传信息，导致无法生成采购订单或采购订单信息与送货实物不一致，按未及时送货处理。

三、在规定时间内及时送货到指定地点

按自然年累计，除不可抗拒因素外，同一供应商配送的产品，如未在规定时间内及时将所需产品如数送货到指定地点一次，在供应商群内进行公示；单品累计未在规定时间内及时将所需产品如数送货到指定地点两次，在供应商群内提出严重警告；单品累计未在规定时间内及时将所需产品如数送货到指定地点三次，将对未及时送货产品停止采购；设备专用的配套耗材，如未在规定时间内及时送货到指定地点三次，将无限期延迟回款周期。

具体供货时间详见附件《供应商配送时间明细表》。

四、票货同到（不含植入介入类耗材）

按自然年累计，除不可抗拒因素外，要求票货同到。同一供应商票货未同到一次，在正常回款周期基础上延后3个月回款，同一供应商票货未同到两次，在正常回款周期基础上延后6个月回款，同一供应商票货未同到三次，在正常回款周期基础上延后12个月回款，同一供应商票货未同到三次以上，在正常回款周期基础上无限期延长回款。

因特殊原因不能实现票货同到，需要提报情况说明。

五、如终止供货，应提前3个月通知物资保障供应部

除医院因素外的各种原因导致不能继续供货，应提前3个月通知物资保障供应部，并保证在此期间的正常供货，如出现供货不及时情况，则停止应付账款的支付。

1. 新中标产品维网时间要求

 在收到正式签订的合同文本后，应在15日内联系物资保障供应部工作人员按照合同内容办理维网手续，超期未办理维网手续的原则上视为自动放弃中标资格。

**本单位已知晓以上内容并同意遵照执行**

**单位名称并加盖公章：**

**法人签字：**

 **时间：**

附件：

供应商配送时间明细表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **物资类别** | **订单类别** | **订单生成时间** | **送货时间** | **补货时间** | **订单作废时间** | **备注** |
| 卫生材料 | 周期订单 | 每周五上午 | 第一个自然周的周一、周二 | 第一个自然周的周四 | 第一个自然周的周四16点30分以后 | 周期订单的送货周期为4天，即周一至周四，每周五统计上一周的到货情况，如未到货，视为供货不及时 |
| 临时性订单 | 每周一至周四 | - | 当周的周四 | 第一个自然周的周二16点30分以后 | 每周的临时性订单，补货时间为当周的周四，最迟不能超过隔周的周二，否则视为供货不及时 |
| 高值耗材 | 周期订单（智能货柜） | 每天自动生成系统订单 | 周一至周五 | 周一至周五 | 14天 | 　 |
| 临时性订单 | 每周一至周五 | 周一至周五 | 周一至周五 | 14天 | 　 |
| 试剂 | 周期订单 | 每周五上午 | 第一个自然周的周一、周二 | 第二个自然周的周一、周二 | 第二个自然周周四 | 即周期订单的送货周期为14天，每周五统计到货情况，如未到货，视为供货不及时 |
| 临时订单 | 每周一、三、五上午 | 每周一、三、五下午 | 每周三、五下午 | 每个自然周的周五16点30分以后 | 即临时订单的送货周期为5天，每周一统计上一周的到货情况，如未到货，视为供货不及时 |
| 办公用品 | 周期订单 | 每周五上午 | 下一自然周的周一、周二 | 下一自然周的周四 | 下一自然周的周四16点以后 | 周期订单的送货周期为4天，即周一至周四，每周五统计上一周的到货情况，如未到货，视为供货不及时 |
| 临采报告订单 | 随时 | 常规产品订货后7天之内，非常规（定制）按照供应商提前提交的供货说明执行 | 　 | 　 | 　 |

**格式八、供应商资格声明函**

致：吉林大学第一医院

关于贵单位 年 月 日发布 （项目名称） 项目（项目编号及序号：（项目编号+序号））的采购公告（或产品介绍会公告），本单位愿意参加，并声明：

1. 本单位及附属机构，并非受托为本项目同一合同项下或者其中分项目的前期工作提供设计、编制规范、进行管理等服务的供应商。
2. 本单位没有为采购项目同一合同项下提供整体设计、规范编制或者项目管理、监理、检测等服务。
3. 我方承诺如与本项目同一合同项下其他供应商的单位负责人为同一人或者存在直接控股、管理关系的情形，同意按无效标处理。

四、本单位与贵院在职人员无任何关联关系。

本单位承诺在本次标采购活动中，如有违法、违规、弄虚作假行为，所造成的损失、不良后果及法律责任，一律由我单位承担。

特此声明！

**说明：**

1. 本声明函必须提供且内容不得擅自删改，否则视为**无效投标**。
2. 本声明函如有虚假或与事实不符的，作**无效投标**处理。

供应商名称（单位盖公章）：

单位地址：

日 期：

**格式九、维保技术方案（供应商格式自拟）**

**附件一、报价单**

**报价单（第一轮）**

项目编号：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **维保设备名称** | **厂家** | **规格型号** | **序列号** | **数量****（套）** | **保修****年限** | **总价****（万元）** | **备注** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

供应商名称（加盖公章）： 供应商被授权人签字：\_\_\_\_\_\_\_\_\_

注: **1.报价范围：报价中包含全部费用。**

 **2.对于供应商免费提供的产品和服务，应在报价单中注明“免费”。**

**3.第一轮、第二轮产品报价单必须用统一格式（格式详见附件一）。打印后加盖公章，放入信封后密封带到议价会现场。第二轮产品报价单“价格”可以现场填写，要求字迹清晰，明确小数点，不可涂改。**

**报价单（第二轮）**

项目编号：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **维保设备名称** | **厂家** | **规格型号** | **序列号** | **数量****（套）** | **保修****年限** | **总价****（万元）** | **备注** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

供应商名称（加盖公章）： 供应商被授权人签字：\_\_\_\_\_\_\_\_\_

注: **1.报价范围：报价中包含全部费用。**

 **2.对于供应商免费提供的产品和服务，应在报价单中注明“免费”。**

**3.第一轮、第二轮产品报价单必须用统一格式（格式详见附件一）。打印后加盖公章，放入信封后密封带到议价会现场。第二轮产品报价单“价格”可以现场填写，要求字迹清晰，明确小数点，不可涂改。**