**石棉县总医院**

**医学装备采购需求市场调研**

**公 告**

设备名称：区域中心康复次中心设备1批

调研编号：SBDY-202412

石棉县总医院设备科

2024年 10 月 10日

地址：石棉县新棉镇人民路11号 邮编：625400

联系电话：0835-8858966

第一章 调研邀请公告

**采购需求市场调研邀请公告**

本次调研产品的相关生产厂家、厂家授权代理商：

根据财政部《政府采购需求管理办法》（财库〔2021〕22 号））、《雅安市公立医疗卫生机构设备采购管理管理操作规程》，按照石棉县总医院《医学装备2024年度采购计划》，现公开面向市场对石棉县总医院康复次中心建设项目设备开展采购需求市场调研。设备采购需求概况如下：

**一、采购需求：**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **包号** | **序号** | **设备名称** | **单位** | **数量** | **预算（万元）** | **采购需求** | **质保期** | **资金来源** | **增值服务** |
| **1** | 1 | 肌电图诱发电位仪 | 台 | 1 | ∕ | 肌电图仪器要求：神经传导包括，运动传导，感觉传导；神经电图包括，F波，H反射，重复电刺激，瞬目反射，肌电图；耗材其他品牌也能通用、容易购买，便宜好用。提供使用有效期说明 | ≥3年 | 项目资金 | 自行提供 |
| **2** | 2 | 浓缩生长因子制备仪（PRP） | 台 | 1 | ∕ | 用于医疗特殊制备： 全自动变速离心；自动控制、自动灭菌；运行时无噪音干扰；要求操作简便，可多种模式制备；配置移动式台车；可适用非设备原厂生产的采血管。提供使用有效期说明 | ≥3年 | 项目资金 | 自行提供 |
| **3** | 3 | 内热针针灸治疗仪 | 台 | 1 | ∕ | 质保至少3年；触摸屏输入选择治疗温度、治疗时间；通路数目不小于40通道；不需要预热，达到目标温度用时短（不超过20秒；温度准确，与针具相连时，精度波动不超过2℃，并提供独立检测报告；可检测每个通道针具的实时治疗温度；配置台车、支撑臂）；配置和设备配套规格型号齐全的内热针具；能记录患者治疗信息。提供使用有效期说明 | ≥3年 | 项目资金 | 自行提供 |
| 4 | 微波（厘米波）治疗仪 | 台 | 2 | ∕ | 双辐射器，带圆形辐射器和马鞍状辐射器。双通道、辐射器单独可控。调节臂杆质保不少于3年。提供使用有效期说明 | ≥3年 | 项目资金 | 自行提供 |
| 5 | 全自动智能蜡疗仪 | 台 | 1 | ∕ | 设备可调节化蜡池温度及蜡饼温度。带液晶显示屏。触控操作。每次可预约制作15盘蜡。可临时制作蜡饼。设备如自带过滤器多配备一个过滤器。提供使用有效期说明 | ≥3年 | 项目资金 | 自行提供 |
| 6 | 偏振光治疗仪 | 台 | 2 | ∕ | 设备用于疼痛治疗：要求线性偏振光，光纤：高导通率一分二光纤。光源要求金卤灯，150W。治疗模式：连续和间断可调。带显示屏。配备多种照射探头。治疗深度可达5cm。提供使用有效期说明 | ≥3年 | 项目资金 | 自行提供 |

**二、调研内容**

见第二章“调研内容”。

**三、调研事项告知**

1.自愿参与。医学装备采购需求调研作为医院内部决策的一部分，旨在通过充分市场调研，为医院采购决策提供重要参考，调研情况不作公告。调研活动由意向参与方自行决定参加与否。其因此产生的相关费用由调研参与方自行承担。

2.资料用途。参与方提供的调研资料，根据《雅安市公立医疗卫生机构设备采购管理操作规程》（以下简称“操作规程”）相关规定使用。不作其他用途，医院承诺不对外扩散。

3.采购安排。调研活动结束后，是否采购、采购时间由医院根据实际情况安排。

4.邀请对象。为生产厂家、厂家授权代理商。

5.根据政府采购法相关规定，参与市场调研的机构不得参加本设备正式采购活动。

6.廉洁纪律。

6.1参与方必须严格遵守相关廉洁纪律。不得打听、许诺、行贿、违反“八项规定”相关要求以及其他违规、违法事项。

6.2参与方的授权代表，按照调研安排参加市场调研会，接受澄清答疑。未经医院允许，不得私自接触相关设备需求科室人员及其他相关人员。

7.在自愿参与的原则下，参与方根据“采购需求”，按照第二章“调研内容”提供调研资料，参与调研。

8.参与方提供相关信息和资料必须真实可靠，一旦发现有弄虚作假现象，除取消本次需求调研的资格外，医院后期的所有调研活动均不得参加。

9.所提供的纸质及电子版资料不退还。

10.参与方推荐的产品应是市场主流产品。并提供佐证。

11.参与方最终成交价应低于或等于近一年来政府采购最低价，并提供佐证。

12.参与方应充分考虑市场竞争环境，推荐具有竞争力的产品方案。

13.详细、客观、真实的调研资料对医院决策具有重要意义，参与方应重视资料内涵。

14.出现下列情形之一的，需求调研予以取消。

14.1当**每包**收到的调研资料不足3个品牌或技术参数无法满足3家时，需求调研予以取消；医院会再次发出调研公告。

14.2出现影响公平公正的违法、违规行为时。

14.3因重大变故，采购活动任务取消时。

**四、需要提交的调研资料**

（一）报名资料

参与调研方须提供以下《资质文件》资料报名：

1.有效的营业执照复印件（加盖公章）；

2.法人证书复印件（加盖公章）；

3.法人身份证复印件（加盖公章）；

4.厂家产品授权文件（属于厂家的不提供）；

5.医疗器械经营许可证（符合与本次调研产品的经营许可，属于厂家的不提供）

6.近三年来无相关违法行为的书面声明；

7.按时交纳社保、税费的书面声明；

8.授权代表授权文件（法人作为授权代表的不需要提供授权文件）

9.授权代表身份证复印件；

10证明授权代表为本机构员工的社保证明；

11.廉洁承诺。

（二）《设备采购需求调研报告》

根据第二章“调研内容”自行进行编制。并提供相关佐证。**产品推荐方案只能1个。**

**五、资料准备**

1.纸质版资料

《资质文件》（1份）和《设备采购需求调研报告》 5份（正本1份，副本4份），分别整理成册，提供纸质资料**胶包**装订密封，加盖公章。

2.电子版资料

上述纸质资料提供电子版2份（PFD版1份，WORD版1份，无文件密码；WORD版可编辑）。

3.会议汇报PPT

参与公司必须准备会议汇报PPT电子文档，结合第二章“调研内容”准备，PPT汇报后交医院设备科一份备案。

**六、资料递交**

在召开市场调研会时提交。

**七、报名**

在市场调研会前一天内提供**电子版资质**通过 1025399660@qq.com 邮箱进行报名，报名初审通过满足3家按期召开市场调研，不满足可作公告修改后，延长报名时间3个工作日。最长可延长至第三次。

**八、市场调研会**

通过市场调研会的方式开展市场调研。医院通过院内程序抽取专家、邀请相关科室参加，听取本次调研产品的相关生产厂家、厂家授权代理商的方案介绍，充分了解市场信息，为医院决策提供依据。

调研时间： 2024 年 10 月 18 日 14 时，参与公司必须在调研开始前到会签到。

调研地点： 石棉县人民医院综合楼 六 楼

会议内容：

1.通报参与公司情况；

2.抽取汇报顺序；

3.依次听取各公司PPT对产品、方案介绍（时间在15分钟以内）

4.澄清答疑；

5.进行二次报价；报价后参与供应商自行离会。(二次报价表自行打印)

**九、其他信息**

（一）邀请文件获取方式

可通过以下方式免费获得需求调研文件：

1、电话致电0835-8858966石棉县总医院设备科办公室获取；

2、登录石棉县人民医院门户网站：[www.smxrmyy.com](http://www.smxrmyy.com)，在首页“医院公告”栏中下载获取；

（二）采购需求方联系信息

1.地址：石棉县人民路11号（石棉县人民医院综合楼5楼）

2.办公地点：设备科

3.办公电话：0835-8858966

4.项目联系人： 袁老师 电话：0835-8858966

2024年 10月 10 日

第二章 调研内容

根据第一章“采购需求”，推荐符合或优于上述基本需求的产品，供医院采购决策使用。推荐产品应按以下调研内容详细列出，基本内容如下：

**一、推荐产品基本概况**

**（一）生产厂家基本概况**

1.基本概况

（注册地、注册资本、经营范围、规模、纳税、社保等情况）

2.厂家实力

（提供证明厂家实力的相关证书目录及佐证）

3.售后服务实力

（限四川省内售后服务网点）

4.其他需要说明情况

**（二）推荐产品信息**

1.产品名称

2.设备型号

3.生产厂家

4.拟供货产品的生产时间：（明确到月份）

5.使用年限：

6.是否进口产品

7.产品取得相关证书

8.产品执行的国家标准或行业标准

9.备案信息

10.其他

**二、推荐产品技术信息**（不能同时满足不同的3个品牌机型的技术参数，需要用“★”号标注）

**1.**主要配置

1.1设备配置清单

1.2设备软件模块清单

**2.适用业务范围**

（以产品说明书为准）

**3.技术参数**

3.1硬件部分

3.1.1重要技术参数

3.1.2通用技术参数

3.1.3产品专利

3.2设备软件

3.2.1软件模块的详细功能

3.2.2软件版本

3.2.3软件升级（升级周期、是否免费）

3.2.3信息化接口

是否免费开放端口，免费接入医院信息系统，是否能够接入医院现有信息系统（医院信息系统为重庆中联公司产品）

**4.人员技术准入情况**

**5.院感要求**

**6.其他**

**三、增值服务**

（提供能够实施的增值服务）

**四、推荐产品后续采购信息**

**（一）**配套耗材

1.是否需要医用耗材

2.如果需要，是否为专机专用耗材还是开放耗材

3.耗材详细信息

3.1专机专用耗材

3.1.1提供耗材名称、厂家、规格等详细信息；

3.1.2挂网情况：是否挂网，挂网价格或线下采购价格。

3.2开放耗材

3.2.1提供耗材名称、厂家、规格等详细信息；

3.2.2挂网情况：是否挂网，挂网价格或线下采购价格。

**（二）质保期服务**

1.最长质保期：验收后 年。其中原厂值保时间、其他值保时间。

2.质保范围（自行选择）

2.1整机质保情况

2.2部分质保情况

3.质保等级（自行选择）

3.1原厂质保

3.2其他质保

4.响应时间

5.是否可提供备用机

**（三）运行维修维护**

1.响应时间：

2..维修价格：

（列出原厂维修和其他维修的费用清单，包括维修项目、备品备件价格、人工费用等详细情况，维修费用的优惠）

3.是否提供备用机

**（四）产品召回**

（产品召回的处理）

**五、推荐产品的产业发展状况**

**（一）技术发展情况**

1.该行业的产业发展状况

2.推荐产品的市场定位

3.推荐产品的技术指标是否属于主流

（是否属于主流产品，推荐产品的档次处于低端、中端、高端的哪个档次等）

4.推荐产品更新换代的周期

**（二）市场供给情况**

1.用户群（列表四川省内三级乙等以上公立医院）

（其中如有雅安市各区县及石棉县周边的甘洛县、冕宁县、泸定县、九龙县县级及以上公立医院用户，请用“★”号标注）

2.市场占有率（四川省内）

（图表说明）

**六、推荐产品与采购需求的符合性对比**（列表说明）

1.推荐产品的技术参数是否满足科室（或医院）业务和专科需求；

2.推荐产品的实际应用是否满足科室（或医院）业务需求；

3.其他

**七、推荐产品与对标竞争品牌各型号产品的对比**（列表说明）

（一）推荐产品与对标竞争品牌产品的比较分析，有哪些优势和劣势；

（二）推荐产品与雅安市各区县及石棉周边邻县县级医疗机构同类型设备对比。（无法收集可不提供）

**八、推荐产品成本效益分析**

（一）经济效益分析

1.成本分析

1.1运维成本

（综合人力、耗材、维保、设备折旧（设备安装使用起至设备标注的使用期限止的实际时间）等进行综合运维成本分析）

1.2后续成本

（其他可能涉及的运行维护、升级更新、备品备件、耗材等成本及后续采购情况）

2.收益分析（以《雅安市收费标准》）

2.1是否有收费项目

2.2收费项目的清单

2.3是否存在收费价格与耗材价格倒挂

2.4经济效益总体评价

（二）社会效益分析

（针对目前本县人民群众就医、周边邻县设备、技术力量等对提升医院整体实力、辐射周边区县人群等进行分析，是否能够促进降低大病不出县、降低医保支出等综合分析）

**九、意向成交价格**（在意向报价表中填写，也可自行编制）

1.意向成交价（含税）： 万元。（包含运输、安装、培训、人工成本等全部费用）

2.提供四川省范围内的政府采购同型号采购项目历史成交信息的网页截图等佐证材料。（至少2份）。

第二章 调研内容

第三章 部分文件格式

见附件附件：

**石棉县总医院**

**需求调研资料**

**设备名称：**

**调研编号：**

**公司名称：**

**授权代表：**

**联系电话：**

附件2：

# 法定代表人授权书

石棉总医院采购办：

本授权声明： \*\*\*\*\* 公司法定代表人： （姓名） 身份证号： 授权 （被授权人姓名） 职务： 身份证号： 为我方“\*\*\*\*\*”项目（项目编号：\*\*\*\*\*\*）需求调研活动的合法代表，以我方名义全权处理我公司在参加本项目需求调研中的一切事宜。

特此声明。

法定代表人签字：

被授权代表签字：

供 应 商 名 称： （盖章）

授 权 日 期：

注：如法定代表人亲自参与本次需求调研活动的不需要此授权书。

附件3：

# 意向报价表

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **首次报价** | **产品名称** | **单价**  **（万元）** | **数量** | **总价**  **（万元）** | **供货周期** |
|  |  |  |  |  |
| 报价总合计：¥ 万元（大写： ） | | | | |

供应商名称（盖章）：

法定代表人或授权代表（签名）：

附件4：

# 康复次中心设备（\*\*）采购项目市场调研二次报价表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 项目 | **设备名称** | **数量** | **单位** | **单价**  **（万元）** | **总价**  **（万元）** | **供货周期** |
| 产品信息 |  |  |  |  |  |  |
| 报 价 | 总合计：¥ 万元（大写： ） | | | | | |
| 报价说明 |  | | | | | |

供应商名称（盖章）：

法定代表人或授权代表（签名）：

时间：2024年 月 日