**《海安市人民医院胸腔按压系统采购》项目**

**询价采购文件**

**一、项目概况**

1.项目编号：HARY-YXZBK-086

2.项目地点：海安市人民医院

3.项目内容：胸腔按压系统一台采购

**二、供应商要求**

2.1法定条件

2.1.1具有独立承担民事责任的能力（提供法人或者其他组织的营业执照）

2.1.2具有良好的商业信誉和健全的财务会计制度（提供参加本次谈判前的会计报表，必须含资产负债表、利润表等的证明材料）；

2.1.3具有履行合同所必需的设备和专业技术能力（根据项目需求提供履行合同所必需的设备和专业技术能力的证明材料）；

2.1.4有依法缴纳税收和社会保障资金、基本养老保险等相关材料，应由税务、社保或银行部门出具（提供上一年度的证明资料）；

2.1.5参加政府采购活动前三年内，在经营活动中没有重大违法记录的书面声明（提供参加本次开标前三年内在经营活动中没有重大违法记录的书面声明）；

2.1.6法律、行政法规规定的其他条件（项目实施所必须的许可资质证明材料）。

2.2 根据采购项目的特殊要求，供应商具备相关经营资质，并提供证明文件。

**三、项目具体需求**

**3.1**本项目采用询价采购，按照技术规格、质量、服务等方面相同的条件下，价格最低者确定为供应商。（项目报价单详见附件1）

**3.2采购标的的数量：**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 产品名称 | 数量 | 预算价（元） |
| **1** | 胸腔按压系统 | 1台 | 250000 |

**3.3采购标的的技术规格：**

**\*1.原装进口，国际知名品牌，技术先进，性能稳定；**

**2.符合最新AHA/ERC国际指南标准；**

**\*3.设备类型:电动电控，直接胸骨按压，高度模仿手工CPR操作。**

**4.可外接车内直流电源 12-24V，可外接建筑交流电源 100-240V,50/60Hz；**

**5.按压深度从初始位置起算，深度5.3-6.0（±0.2cm）厘米；**

**\*6.采用负压吸盘设计，辅助按压后使胸腔充分复位，减少肋骨骨折发病率；**

**7.按压频率100次（±5）/分钟；**

**8.按压工作循环：50%±5%**

**9. 按压方式30:2 , 或连续按压；**

**10.胸骨高度：17.0-30.3 厘米；胸腔最大宽度：45 厘米**

**11.体重：没有限制；**

**12.外壳防护等级：IP43；**

**\*13.在持续按压时，可以随时根据需要进行除颤手柄进行除颤，无需松解重新组装设备；**

**14.主机材质要求具有良好的X射线顺应性，CPR时适应绝大多数X射线投影术，导管实验室治疗, 血管造影术与血管成形术。**

**15.设备主机需有硬质支撑，主机重量不应施加于患者胸廓，带来影响回弹的潜在风险。**

**3.4其它额外评标因素和标准：**

3.4.1、招标要求中的“\*” 号项必须满足，任何一项不符，则废标。其他一般条款偏离达到3项废标。

3.4.2、投标分项报价表与技术规格偏离表必须严格按照招标文件的要求制作，如果未按照招标文件的要求制作，由此产生的投标被否决的风险由投标人承担。

**3.5采购标的需满足的服务标准、期限、效率等要求：**

响应时间：成交供应商应在收到买方电话4小时内响应，24小时到达现场。

**3.6采购标的的验收标准：**严格根据采购文件、响应文件以及国家相关规定、标准进行验收。

**四、项目其他要求**

4.1签定合同日期：自成交公告结束后15 日内按时签约。

4.2交货期（服务时间）：自合同签定之日起 30 日内。

4.3交货（服务）地点：买方指定地点。

4.4质保期限（自交货并验收合格之日起计）：质保期2年，终身维护。

4.5验收方案、售后服务及其他（含安装、调试、培训、维护等）：成交供应商先期进行场地勘察，在交货期内将上述采购货物送到买方指定地点，并负责安装调试、提供技术援助、人员培训。

设备验收时间：设备试用后3个工作日内进行验收。

验收方法：买方收货时应对产品的数量、型号、规格、包装等进行初步验收，验收无误应签署收货单；卖方需免费派工程师到达现场协助验收工作，保证货物经正确安装、正常运转和保养，在其使用寿命期内具有符合质量要求和产品说明书的性能。

**五、付款时间和条件**

货物交付验收合格、良好运行一个月后付货款的90%，一年后无质量问题付清余款，不计息。

**六、特别提醒**

请供应商仔细阅读项目需求。采购人的需求供应商应进行实事求是的响应。成交供应商在与采购人签订合同和履约环节中不得提出异议，一切后果和损失由成交供应商承担。供应商提供的服务与采购人项目需求要求不同的，必须做书面说明，否则视同完全响应。

**附件1**

**海安市人民医院询价采购报价单**

 **XXXXX项目**

项目编号： **XXXXX**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **项目** | **品牌 规格 配置** | **数量** | **单价****（元）** | **金额****（元）** | **备注** |
| **1** |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  | 合 计  |  |  |  |  |  |
|  | 总报价（大写） |

**注：1.有限价标注的，报价时不得突破，否则作为无效响应。**

 **2.大写金额和小写金额不一致的，以大写金额为准。**

法定代表人或委托代理人（签名）：

报价人名称（公章）：

报价人：

报价人联系电话：

付款承诺：

其它承诺：