**厦门市妇幼保健院2025年5月关于三维后装放射治疗机等医用设备集采市场调研公告（二次调研）**

1. **说明：**

1、我院拟于近期对如下医疗设备（厦门市卫健委医用设备集中采购项目）进行市场调研，诚邀具备合格资质、相应供货保障能力的供应商或生产企业报名参加市场调研。

2、请具备资质的供应商收集产品资料**盖章扫描版和Word版**于2025年5月26日上午11:00前将报名邮件发送至**xmfyscdy@126.com邮箱**，并同步填写报送《2025年度厦门市医用设备集中采购供应商提供医用设备产品资料概况汇总》（附表）。

3、联系人：李老师，电话：0592-2663370。

**二、项目名称及数量：**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **项目名称** | **应用场景** | **数量** | **单位** | **预算（万元）** | **备注** |
| 1 | 三维后装放射治疗机 | 用于妇科肿瘤后装放疗 | 1 | 套 | 350 | 肿瘤放疗科（集美院区） |
| 2 | 三维水箱 | 直线加速器配套设备 | 1 | 套 | 150 | 肿瘤放疗科（集美院区） |
| 3 | 眼用照相机（小儿广域眼底成像系统） | 用于婴幼儿眼底检查 | 1 | 台 | 180 | 眼科（镇海院区） |
| 4 | 强脉冲光与激光设备 | 适用于表浅的色素性疾病、表浅的血管性疾病、雀斑、黄褐斑、激素依赖性皮炎、毛细血管扩张症、痤疮疤痕、炎性痤疮、嫩肤除皱、光老化、脱毛、皮肤重建。 | 1 | 台 | 135 | 医疗美容科（镇海院区） |

**三、报名材料如下：**

**递交必备文件清单**

|  |  |
| --- | --- |
| **序号** | **资料名称** |
| 1 | 封面：应注明供应商（生产商）企业名称、所投项目名称，并注明联系人及联系方式（附件1） |
| 2 | 产品信息：产品生产厂家、品牌、型号、产地，主要性能（含优势、亮点）并提供彩页资料或技术参数白皮书 |
| 3 | 产品报价（详见附件2） |
| 4 | 设备标准配置清单及选配件清单{含分项报价：单价(单位：万元)、数量、合计等} |
| 5 | 耗材、试剂及易耗品报价清单，并注明是否为专机专用 |
| 6 | 产品详细技术参数 |
| 7 | 不同品牌同档次型号、关键参数、配置对比表（填写附件3） |
| 8 | 设备同系列各型号产品主要技术及参数对比表（填写附件4） |
| 9 | 承诺交货时间及原厂售后服务承诺  （含质保期、范围、是否安排驻点维保人员、响应速度及质保到期后年度维保费用报价） |
| 10 | 产品市场占有率及近两年用户清单 |
| 11 | 提供产品最近一次中标资料  （尽可能提供福建省内同类型三甲医院中标资料，含中标通知书、招标参数、配置清单、配套耗材及试剂、发票复印件） |
| 12 | 提供生产厂家、供应商资质  （含厂家授权书、医疗器械注册证（**包含附属页**）、经营许可证、生产许可证、谈判代表法人授权书及身份证复印件、进口产品提供报关单、产品检测报告等） |
| 13 | 廉洁承诺书（详见附件5） |
| 14 | 中小企业声明函（货物）（详见附件6） |
| 15 | 招标采购项目（专用设备类）确认表（详见附件7） |

**备注：**1-15项均为必备资料，按项目内容顺序排列，并注明页码，**并将电子版发至我院市场调研专用邮箱xmfyscdy@126.com）**，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。请供应商务必保证所填信息真实准确（附件请参照模板如实填写），我院将组织工程师对投递产品资料进行严格审核，若有弄虚作假或其他问题将按照相关法律法规严肃处理。

厦门市妇幼保健院

2025年5月19日

附件1：

**厦门市妇幼保健院**

报

名

材

料

项目名称：

序 号：

供 应 商：

联 系 人：

联系方式：

日 期：

附件2：

**报价一览表**

**单位：万元**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **货物名称** | **品牌型号** | **数量** | **单价** | **合计** | **保修期** | **医疗器械注册证编号** | **交付期** |
|  |  |  |  |  |  |  |  | 合同生效之日起 天内货到，安装调试完毕并验收合格交付使用 |
| 首次总报价（大写）：人民币 | | | | | | | | |

附件3：

**不同品牌同档次型号、关键参数、配置对比表**

**（项目名称：）**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **品牌/型号** | **品牌1** | **品牌2** | **品牌3** | **备注** |
|  |  |  |  |
| 1.产地  （国产/进口） |  |  |  |  |
| 2.产品注册证 |  |  |  |  |
| 3.关键参数1  （参数名称） |  |  |  |  |
| 4.关键参数2  （参数名称） |  |  |  |  |
| 5.关键参数3  （参数名称） |  |  |  |  |
| 6.关键参数4  （参数名称） |  |  |  |  |
| 7.关键参数5  （参数名称） |  |  |  |  |
| 8.关键参数6  （参数名称） |  |  |  |  |
| ………… |  |  |  |  |
| **配置对比** |  | | | |
| 9.配置1  （配置内容） |  |  |  |  |
| 10.配置2  （配置内容） |  |  |  |  |
| 11.配置3  （配置内容） |  |  |  |  |
| ………… |  |  |  |  |
| 12.保修年限 |  |  |  |  |
| 13.市场价格 |  |  |  |  |

（填写人务必保证以上填写信息真实、完整、无误，否则将取消投标资格，并列入供应商黑名单。）

附件4：

**设备同系列各型号产品主要技术参数对比表**

**（项目名称：）**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **型号** | **拟参加投标型号** | **型号1** | **型号2** | **型号3** |
| **关键参数名称** |  |  |  |  |
| 1 |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |  |
| 10 | 市场价格 |  |  |  |  |

（填写人务必保证以上填写信息真实、完整、无误，否则将取消投标资格，并列入供应商黑名单。）

附件5：

廉洁告知书

：

为进一步完善厦门市属公立医疗单位采购监督制约机制，防止发生医疗领域商业贿赂行为，贵司在医疗机构采购活动中要廉洁自律、诚实守信，遵守如下规定：

1. 严格遵守国家有关工程建设、招标投标、物资采购、服务采购等相关法律法规、政策以及廉政建设规定。
2. 坚持公平、公正、公开和诚实守信的原则，不得为获取不正当利益损害国家、集体、第三人和对方利益。
3. 不得有商业贿赂行为，如赠予甲方人员现金、物品、有价证券，或以支付凭证、理财等方式变相支付本应由甲方人员承担的款项。
4. 不得以任何理由邀请甲方人员进入营业性娱乐场所或者参加影响业务工作公平公正开展的其他活动。
5. 不得到甲方医疗场所、工作人员家中推销产品并提供任何好处费，不得采用不正当手段进行临床促销活动。
6. 不得以回扣、宴请等方式影响甲方人员采购或使用医药产品的选择权，不得在学术活动中提供旅游、超标准支付食宿费用。

如违反上述规定，甲方有权选择立即中止、终止或解除与贵司正在进行的任何业务关系，贵司应承担甲方因此产生的经济损失、不良后果及相应的违约责任。

厦门市妇幼保健院

年 月 日

厦门市妇幼保健院廉洁告知书我已收到，内容我已知悉并理解，我方承诺将严格按照《廉洁告知书》相关内容履行。

签字：

单位盖章：

日期：

附件6

**中小企业声明函**

本公司（联合体）郑重声明，根据《政府采购促进中小企业发展管理办法》（财库〔2020〕46号）的规定，本公司（联合体）参加【厦门市妇幼保健院】的【项目名称】采购活动，属于【工业】行业，提供的货物全部由符合政策要求的中小企业制造。相关企业（含联合体中的中小企业、签订分包意向协议的中小企业） 的具体情况如下：

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 标的名称 | 行业 | 制造商全称 | 从业  人员  （人） | 营业  收入  （万元） | 资产  总额  （万元） | 企业类型  （根据划型标准填写中型企业或小型企业或微型企业） |
| 1 |  | 工业 |  |  |  |  |  |
| 2 |  | 工业 |  |  |  |  |  |
| 3 |  | 工业 |  |  |  |  |  |

以上企业，不属于大企业的分支机构，不存在控股股东为大企业的情形，也不存在与大企业的负责人为同一人的情形。

本企业对上述声明内容的真实性负责。如有虚假，将依法承担相应责任。

企业名称（盖章）：

日期：

填写说明：

1、“工业”行业的划型标准：从业人员1000人以下或营业收入40000万元以下的为中小微型企业。其中，从业人员300人及以上，且营业收入2000万元及以上的为中型企业；从业人员20人及以上，且营业收入300万元及以上的为小型企业；从业人员20人以下或营业收入300万元以下的为微型企业。

填报的企业类型应与划型标准对应。

2、从业人员、营业收入、资产总额填报上一年度数据，无上一年度数据的新成立企业可不填报，在空格内填“\”即可。若填报的数据与投标人自己提供的上一年度财务审计报告数据有出入的，由此产生的不利后果由投标人自行承担。

3、表格内的空格都要填写，同时不得删减、更改内容。

附件7

招标采购项目（专用设备类）确认表

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **项目名称** | |  | **供应商公司** |  |
| **联系人** | |  | **联系方式** |  |
| **序号** | **内容** | | | **确认情况（填报）** |
| **一、设备基本概况** | | | | |
| 1 | 最终总体报价 | | | 万元 |
| 2 | 品牌型号 | | |  |
| 3 | 基本配置清单（数量） | | |  |
| 4 | 配套设备（如有） | | |  |
| 5 | 设备厂家是否为中小企业  （特指设备制造商） | | | 🞎是 🞎否 |
| 6 | 是否为医疗器械（核查注册证信息） | | | 🞎是 🞎否 |
| 7 | **医疗器械注册证编号(如非医疗器械提供市场监督局相关说明材料）** | | | **(必填） 提供电子版材料** |
| 8 | **技术白皮书（医疗器械附件页）** | | | **(必填）提供电子版材料** |
| 9 | 是否进口 | | | 🞎是 🞎否 |
| 10 | 是否有专用耗材或易损配件 | | | 🞎是 🗹否 |
| 11 | 专用耗材或易损配件控制价 | | | （报价承诺） |
| **二、设备技术和服务情况** | | | | |
| 1 | 是否需连接院外网络（**如有需和信息部联系信息安全联网方案）** | | | 🞎是 🞎否 |
| 2 | 是否有院内信息系统接口要求 | | | 🞎是 🞎否 |
| 3 | 是否免费提供信息接口互联互通配套 | | | 🞎是 🞎否 |
| 4 | 是否有场地安装要求 | | | 🞎是 🞎否 |
| 5 | 是否场地安装配套承诺 | | | 🞎是 🞎否 |
| **三、项目商务内容** | | | | |
| 1 | 项目交付时间或者实施的时间和地点 | | |  |
| 2 | 项目需满足的服务标准（巡检质控计量等）、期限、效率等要求 | | |  |
| 3 | 项目售后服务及验收标准 | | |  |
| 4 | 履约保证金、付款方式约定 | | |  |
| 5 | 过保后的维保服务要求  （原厂或有资质第三方联系方式、巡检要求） | | |  |
| 6 | 其他事项（消毒灭菌方式、人员培训要求等） | | |  |

设备技术参数提供格式模板见附件模板

注：1. 技术类星号条款不超过三条

1. 配置要求明确数值范围
2. 系统类设备需提供重点配套设备的技术参数

**模板：**

**X射线摄影成像系统**（**64排及以上CT**）**技术参数要求**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 主要技术参数 | | 配置要求 |
| **★**总体要求 （**星号条款为实质性条款，必须有三家以上厂家符合，星号条款不得超出三条**） | | **列出设备具体配置** |
| 2 | 机架系统 | |
| 2.1 | 机架孔径 | ≥60cm |
| 2.2 | 机架驱动方式：电磁直接驱动，或磁悬浮技术，或数字化钢带驱动 | 具备 |
| ▲2.3 | 机架最快旋转速度 | ≤0.35s/360° |
| ▲2.4 | 球管焦点到等中心点距离（最新的原厂Data Sheet技术资料（技术白皮书）或检测机构出具的合法有效的检测报告） | ≥45cm—≤55cm |
| **★**3.11 | 球管大焦点大小(mm2) | ≤1.2mm2 |
| **★**11 | 第三方设备，包括但不局限于： | |
| 11.1 | 无线双筒高压注射器一套 | 具备 |
| 11.2 | 医用铅衣、铅手套、铅围脖、铅毯、铅帽等防辐射用品一套 | 具备 |

商务要求

|  |
| --- |
| 1、终身免费提供故障及维修代码； |
| 2、提供免费保修电话； |
| 3、提供技术培训，保证使用人员能够正确操作，能正确使用设备各种功能； |
| 4、提供设备运行、安装、使用环境要求及指导； |
| 5、若采购人或设备配置医院在项目验收环节要求中标人对所投产品提供经第三方**检测机构出具的合法有效的检测报告**，中标人应免费提供**。** |
| **6、保修期≥2年** |