**深圳市福田区社区健康服务管理中心**

**医疗设备类项目**

**产**

**品**

**资**

**料**

项目名称：

品牌和型号：例子：深圳迈瑞/BC1000

公司名称：

联 系 人：

联系电话：

邮箱地址：

**一、主要技术参数及配置清单表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **设备名称** | |  | | | **品牌** | |  | **型号** |  | | | | | **产地** |  |
| **最优惠单价报价** | | **（万元）** | | | **交货期** | | | **（天）** | | | | | | | |
| **提供资料供应商** | |  | | | **提供资料日期** | | |  | | | | | | | |
| **联系人姓名** | |  | | | **办公电话和手机** | | |  | | | | | | | |
| **邮箱** | | |  | | | | | | | |
| **该设备的额定量(次/月)** | |  | | | | **是否为深圳市创新产品推广医用目录** | | **是（ ） 否（ ）** | | | | | | | |
| **邮箱** | |  | | | | | | | |
| **免费质保期**  **(至少5年)** | |  | **质保期后全保价格** | | | **(万元/年)** | | **提供备用机** | | | | | **能（ ）不能（ ）** | | |
| **封闭试剂** | | **是（ ） 否（ ）** | | | | **专用耗材** | | **是（ ） 否（ ）** | | | | | | | |
| **设备详细用途** | |  | | | | | | | | | | | | | |
| **配置清单**（行数不够可自行增加） | | | | | | | | | | | | | | | |
| **序号** | **名称** | | | | | | **规格** | | | **数量** | | | | **单项优惠价** | |
|  |  | | | | | |  | | |  | | | |  | |
|  |  | | | | | |  | | |  | | | |  | |
| **选配件清单**（行数不够可自行增加） | | | | | | | | | | | | | | | |
| **序号** | **名称** | | | | | | **规格** | | | | **数量** | | | **单项优惠价** | |
|  |  | | | | | |  | | | |  | | |  | |
| **设备投入使用所需的试剂及耗材清单**（行数不够可自行增加） | | | | | | | | | | | | | | | |
| **序号** | **名称** | | | **专用/通用** | | | **规格** | | | | **数量** | | | **单项优惠价** | |
|  |  | | |  | | |  | | | |  | | |  | |
| **主要零配件清单**（价格排前三位的必须报价,行数不够可自行增加） | | | | | | | | | | | | | | | |
| **序号** | **名称** | | | | | | **规格** | | | | **数量** | | | **单项优惠价** | |
|  |  | | | | | |  | | | | |  | |  | |

**XX项目推荐配置方案表（已成交案例情况，另起一页）**

**1、XX医院X台**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 配置件名称 | 品牌 | 型号 | 数量 | 单位 | 单价（元） | 金额（元） |
| 1 | 主机 |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 合计 |  |  |  |  |  |  |

**2、XX医院X台**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 配置件名称 | 品牌 | 型号 | 数量 | 单位 | 单价（元） | 金额（元） |
| 1 | 主机 |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 合计 |  |  |  |  |  |  |

注:每项配置分项报价

**（所投品牌，必填）用户名单**

提供**2023年**至**2024年**深圳市三级医院或其他区社管中心

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **单位名称** | **型号** | **购置日期** | **成交价格** | **使用科室** | **联系人** | **联系电话** | **成交公告官方链接或附中标通知书、合同复印件** | **是否推荐考察** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**技术参数对比表**

**1、主要技术参数和其他品牌比较（同一档次）**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | （所投品牌型号，必填）参数 | （其他品牌型号，必填）参数 | （其他品牌型号，必填）参数 | 说明 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**2、所投品牌不同型号对比表及报价（另起一页）**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **型号1** | **型号2** | **型号3** | **说明** |
| **最优惠报价** |  |  |  |  |
| **参数1：\*\*\*** |  |  |  |  |
| **参数2：\*\*\*** |  |  |  |  |
| **参数3：\*\*\*** |  |  |  |  |

**3、与其他国产品牌比较的产品优势**

1. **与\*\*\*品牌相比，推荐的\*\*\*品牌设备可以——**

**二、所有可选配配件、试剂、耗材报价证明材料（如发票、送货单等）**

1. **售后服务条款**

**（包括售后服务所在地、质保期、培训方案、能否提供备用机、质保期期外的维保方案）；**

**必须承诺：1.原厂整机质保（包括所有配件），质保期至少5年，少于5年不得分。质保期内保证每年预防性维护培训保养次数：至少4次。**

**2.承诺保证5年内免费提供软件升级服务,并免费开放设备接口，无偿派人配合与社康机构的举办医院信息系统(PACS、HIS、LIS等)的连接工作(包括接口费与二次开发费)，直至该设备与社康机构的举办医院信息系统可进行完整的数据交换；在设备保修期内，当社康机构的举办医院信息系统变更并需要与该设备连接时，需无偿派人配合直至该设备与社康机构的举办医院信息系统可进行完整的数据交换。**

**四、医疗设备技术参数表（盖公章扫描版及可编辑版表格）**

**模版见附件2（单独提供，不在一起装订），将作为招标参数请重视。**

**五、设备外形图及介绍资料**

**（必须是彩页及产品白皮书）；**

**六、合同或中标通知书**

**（与推荐型号一致的设备，2023年-2024年深圳市内合同或中标通知书及配套附件的分项报价。深圳市内至少三家；深圳市内不足三家的补充广东省内成交资料至少5家，同时必须补充深圳市不同型号的至满足3家成交资料）**

**七、医疗器械注册证**

**（提供该产品在中国准许销售的医疗器械注册证、医疗器械注册登记表及附页等资料）**

**八、代理商资质**

**（由厂家授权的在本地区合法销售该设备的产品代理授权书、医疗器械经营许可证，营业执照；授权期限至少为一年；）**

（相关设备如涉及批量集中采购则需由设备制造商或者区域总代理商提供相关资料）

**九、制造商资质**

**（营业执照，国产设备提供医疗器械生产许可证）**

提供厂家联系方式：固话： 和移动电话：

**十、2023年-2024年同品牌型号设备的投标文件关键页**

**（开标一览表、分项报价表、技术规格偏离表、商务偏离表。有深圳销售业绩的必须提供深圳的投标文件，份数同前述第6条要求）；**

**十一、资料真实有效的承诺书**

深圳市福田区社区健康服务管理中心：

本公司承诺：我公司所提供的所有 相关产品论证资料均真实有效。

特此承诺！

公司名称：

年 月 日

**十二、与该产品相关的其他资料**

**（如提供属于国家医用强制检定计量器具的计量检测报告等其他资料）**