**会同县人民医院空气波压力治疗仪**

**院内公开采购公告（二次）**

根据医院临床医疗需要，会同县人民医院(以下简称“采购人”)对下列采购项目进行院内公开采购，欢迎符合资格条件的经销商、厂商投标，现将采购事项公告如下

一、采购项目信息

1、项目名称：空气波压力治疗仪（二次）

2、项目编号：HRYYXZB2025-05

3、采购项目内容与数量：

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 项目名称 | 数量（台） | 采购预算（万元） | 生产国别 |
| 空气波压力治疗仪 | 9 | 27 | 国产 |
| 注：投标有效期：90日历日 |

4、付款方式：设备安装验收合格入库后，次月付合同货款90%，其余货款一年后无息付清

5、交货期：合同签订后60日内。供应商需保证在要求时间内完成全部货物的供货、安装、调试和培训工作

6、交货地点：采购人指定地点

二、项目采购方式：院内公开采购(综合评分法)

三、评分方法(评分细则)：见附件一

四、项目技术参数：见附件二

五、投标人需提供的相关材料和标书要求：

1、投标人资格要求

⑴具备《中华人民共和国政府采购法》第二十二条资格条件，未列入严重失信行为名单和其他不良信用记录

⑵具备有独立承担民事责任能力的，在中华人民共和国境内注册的法人或其他组织

⑶投标人须依法取得《医疗器械生产企业许可证》或《医疗器械经营企业许可证》

⑷本项目不接受联合体投标

⑸法定代表人或者负责人为同一人或者存在控股、管理关系的两个以上供应商，不得参加同一采购项目投标

(6)本项目为无押金投标

2、投标文件需要的相关材料

(1)投标函加盖单位公章

(2)投标产品的价格一览表

(3)投标产品的介绍(提供产品说明书或检测报告等相关资料复印件)

(4)投标产品的参数

(5)技术、商务参数响应/偏离表供应商（格式自拟）未写入投标文件响应偏离表的技术、商务参数条款均视作偏离，供应商自行承担一切责任

(6)投标产品彩页

(7)投标产品的配置一览表加盖单位公章

(8)投标人需提供的其他资料（财务报表、依法纳税等）

(9)投标公司及产品的资质证明材料

①投标公司和各级授权经销商的营业执照、《医疗器械经营企业许可证》或二类医疗器械备案凭证副本复印件加盖单位公章

②产品制造商的营业执照、《医疗器械生产企业许可证》、《医疗器械经营企业许可证》或二类医疗器械备案凭证复印件加盖单位公章

③医疗器械产品注册证及注册登记表(不作为医疗器械管理的产品出示国家食品药品监督管理总局的相关依据)，并加盖单位公章

④法定代表人身份证明书（格式见附件三）或法人授权委托书、授权代表的身份证复印件加盖单位公章（格式见附件四）

⑤投标人信用信息查询记录、查询网页截图、打印、盖章材料

⑥投标人提交《资格证明材料承诺函》（格式见附件五）

(10)**报名时需单独提供(**9**)①-⑥条款资格性报名审核材料(复印件)，未通过报名审核的投标人不进入评标程序**

(11)投标文件的编写

**投标文件要求一正二副，标书必须“A4规格纸张胶制(非打孔或夹装)装订成册，并编制总目录”,要求密封；投标报价单独密封（**格式见附件六**）；否则视为符合性审查不合格，作无效投标处理**

★六、投标公司须**提供真实、合法的投标材料**，并应如实响应采购需求参数，提供虚假投标材料或虚假响应参数谋取中标的投标公司将按照相关法律法规承担相应责任，并将纳入医院供应商诚信黑名单，三年内不得参与医院采购项目投标

1. 提供相同品牌产品的不同投标人参加同一合同项下投标的，按一家投标人计算

八、其他事项：本项目采购需求未尽事宜，合同签订时双方约定。

九、投标人对以上采购文件的内容有质疑的，应当在本采购公告报名截止时间前以书面形式向采购人提交，逾期将不予受理,在质疑期内应一次性提出采购程序环节的质疑，否则不予受理

十、报名时间:2025年5 月 26日至2025年 5 月 28日 17:00

开标时间:2025年 5月 29日 9:00

开标地点:会同县人民医院医技楼(2楼)

联系电话:15115109555 杨老师

报名地点:会同县人民医院招标与采购管理科(医技楼五楼)

 会同县人民医院

 2025年5 月 26日

 附件一：评分细则

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 评标因素和标准分因素 | 分值 | 评分标准 |
| 价格部分(A1)30分 | 设备投标价 | 30 | 以满足采购文件要求且投标价格最低的投标报价为评标基准价，其价格分为满分。其他供应商的价格分统一按照下列公式计算：投标报价得分=(评标基准价÷投标报价)×30评标委员会认为投标人的报价明显低于其他通过符合性审查投标人的报价，有可能影响产品质量或者不能诚信履约的,应当要求其在评标现场合理的时间内(30分钟内)提供书面说明,必要时提交相关证明材料;投标人不能证明其报价合理性的,评标委员会应当将其作为无效投标处理。 |
| 技术部分(A2)51分 | 设备技术参数 | 51 | 1、完全满足采购文件的技术要求的，计满分51分；2、任何一项注“★”技术参数及商务条款出现负偏离或不响应的，视为无效投标；3、注“**▲**”技术参数及商务条款为重要参数，每偏离一项扣5分。一般参数每偏离一项扣3分。4、技术参数提供佐证证明材料(**说明书复印件、检测报告复印件、实物照片或彩页**并加盖投标供应商公章)，**未提供视为不响应**；技术要求响应缺漏项的，按负偏离扣分；所有条款无响应或负偏离**≥6项即视为无效投标**。 |
| 商务部分(A3)19分 | 售后服务及方案 | 10 | 1、根据供应商维修保养方案(包括但不限于：故障解决方案，维修人员派遣计划、日常保养方案及保养服务，进行打分，其内容全面、可行性强、描述细致、完全满足采购需求的得8分，每有一处内容欠完善、欠合理或不符合本采购项目特点和实际需求的扣2分，扣完为止；未提供计0分。（欠合理或不符合指：非专门针对本项目设备或不适用本项目设备的情形、内容不完整或缺少关键点、套用其他项目方案、内容前后矛盾、存在歧义、混乱、不可能实现的情形等任意一种情形。）2、质保期后维保方案 ：有维修方案和应急预案、维修人员费用和零备件价格清单，计2分，每有一项不满足扣1分，未提供计0分。 |
| 产品业绩 | 9 | 投标人提供所投产品近三年内(2021年7月至今)销售使用业绩证明材料(如合同、中标通知书等相关证明材料复印件)并加盖单位公章，每提供一份计3分，满分计9分，未提供不计分； |

**附件二：项目要求**

**一、技术要求：**

1. 预期用途：适用于脑血管意外、脑外伤、脑手术后、脊髓病变引起的肢体功能障碍和外周非栓塞性脉管炎的辅助治疗，以及预防静脉血栓形成，减轻肢体水肿（可提供注册证）
2. 压力范围：1-26kPa或8-195mmHg连续可调，调节精度1kPa
3. 气泵流量≥17L/min
4. ▲压力显示单位：可选择kPa与mmHg两种压力显示单位
5. 时间范围：5-99min，连续可调
6. 充气速度：14秒/腔
7. ▲输出控制方式：通过一分二充气导管，至多可同时连接2个6腔充气气囊，并可同时按顺序充、放气
8. ▲最大充气腔数：至多可同时充气12腔气囊
9. 人机交互界面：组合式按键操作，高亮LED数码显示，运行时支持治疗模式、治疗压力、剩余时间等同屏显示，简单耐用，无视觉死角
10. 治疗模式：内置10种治疗模式，1种标准模式（静脉模式）+9种扩展模式（动脉模式、持续压力模式、按摩模式），满足患者预防血栓、促进血液循环、部位消肿和按摩等不同的治疗需求
11. 独立泄压功能：压力达到阈值、突然断电或中断治疗时，泄压装置自动泄压，避免对患者产生意外伤害
12. 智能记忆功能：对治疗过程中调节的参数，仪器可自动记忆该参数，在每次开机使用中自动使用该参数
13. 气囊结构：重复性气囊采用层叠式拉链套筒设计，实现无压力死角，保证静脉血单向回流
14. 气囊种类支持：下肢六腔气囊（拉链套筒式）、下肢四腔气囊（含足部）、小腿四腔气囊（含足部）、下肢三腔气囊、小腿三腔气囊、上肢六腔气囊（拉链套筒式），可应用于多种临床使用场景
15. 噪音控制：最大运行噪音≤60dB（A）
16. 使用期限：≧10年
17. 具有气囊及管路漏气检测功能
18. 具有压力传感器精密控制硬件的故障代码提示报警功能，方便高压、漏气等故障排查
19. 配推车，便于移动治疗
20. 生产出厂日期为近三个月内全新产品

★**二.商务要求**

1.设备生产厂家或投标供应商承诺设备免费**质保期≥1年**(设备验收合格后开始计算)，终身维护。在质量保证期内进行售后服务不收取任何费用

2.提供质保期后的服务承诺

3.提供常用**零配件价格清单**。承诺质保期后提供更换零配件服务价格不超过清单价格(凡经评委会认定主要维修配件价格过高或者异常的，有权做无效投标处理 ）

****



**附件五：**

**资格证明材料承诺函**

**一、我方在此声明：**

（一）我方与采购人或采购代理机构不存在隶属关系或者其他利害关系

（二）我方与参加本项目的其他供应商不存在控股、关联关系，或者与其他供应商法定代表人（或者负责人）为同一人

（三）我方未为本项目前期准备提供设计或咨询服务

**二、我方承诺：**（承诺期：成立三年以上的，为提交首次响应文件截止时间前三年内；成立不足三年的，为实际时间）

（一）我方依法缴纳了各项税费及各项社会保障资金，没有偷税、漏税及欠缴行为

（二）我方在经营活动中没有存在下列重大违法记录

1、受到刑事处罚

2、受到三万元以上的罚款、责令停产停业、在一至三年内禁止参加政府采购活动、暂扣或者吊销许、暂扣或者吊销执照的行政处罚

我们已经认真核对和检查所提交的所有资料，全部内容真实、合法、准确和完整，我们对此负责，并愿承担由此引起的法律责任

 供应商名称（盖单位章）：

法定代表人（签名）：

日期：   年    月    日

