JDFYCG-2021008

**扬州市江都妇幼保健院肌电筛查治疗系统采购项目询价文件**

****

采购人：扬州市江都妇幼保健院

采购代理机构：江苏明润资产房地产评估造价咨询有限公司

发放日期：2021年5月11日

目 录

一、询价公告

二、投标人须知前附表

三、报价明细表

四、技术要求响应偏离表

五、附件

**JDFYCG-2021008扬州市江都妇幼保健院肌电筛查治疗系统采购项目询价公告**

**项目编号：JDFYCG-2021008**

江苏明润资产房地产评估造价咨询有限公司受扬州市江都妇幼保健院委托需采购肌电筛查治疗系统1套（含肌电筛查评估仪一台；肌电治疗仪一台），现欢迎符合相关条件的供应商参加。

**（一）项目采购要求：**

投标人要求：投标人须具备《中华人民共和国政府采购法》第22条规定的条件；

投标人在投标报价时，请提供标书**正本1份/副本2份**，内含以下内容：

1、报价明细表（原件）；

2、法人营业执照（复印件加盖投标人公章）；

3、投标人所投产品如为三类医疗器械，须具备有效的《医疗器械经营许可证》或《医疗器械生产许可证》；所投产品如为二类医疗器械，须提供有效的《二类医疗器械经营备案凭证》；所投产品如为一类医疗器械，须提供有效的《一类医疗器械经营备案凭证》（复印件加盖投标人公章）；

4、投标供应商所投产品应具有有效的医疗器械注册证（复印件加盖投标人公章）；

5、法定代表人资格证明或法定代表人有效授权委托书（原件及复印件加盖投标人公章）；

6、授权代表身份证（原件及复印件加盖投标人公章）；

7、投标产品目录（包括产品名称、规格型号、计量单位、生产厂家、产品注册证号、注册证有效期等）（复印件加盖投标人公章）；

8、投标人所提供投标产品技术参数满足采购人需求的证明文件（如产品的宣传彩页、白皮书、技术参数说明书等）；

9、技术参数要求响应偏离表（加盖公章）；

10、承诺书（格式详见附件3，加盖公章）；

11、参加采购活动前3年内在经营活动中没有重大违法记录的书面声明（格式详见附件4，加盖公章）；

12、供应商廉洁自律承诺书（格式详见附件5，加盖公章）。

**注：以上所需原件资料在开标时均须提供原件，如不能提供原件，将导致投标被拒绝且不允许在开标后补正。标书内容不全或不能满足采购要求的作无效报价文件。**

**（二）投标保证金：人民币壹仟元整。**

（1）保证金缴纳方式：投标供应商将投标保证金以**现金**的形式在投标截止时间前于开标现场递交。未按上述要求提交保证金者，投标文件将被拒收。

（2）投标保证金退还：未中标单位的投标保证金在评标结束后当场退还。中标人的投标保证金，在中标人按规定签订合同后5个工作日内退还，不计利息。若中标单位无故放弃中标项目或无正当理由在规定时间内（30天）不与采购人签订合同的，投标保证金将不予退还。

**（三）供应商参加投标确认函（格式详见附件6）**

如供应商确定参加投标，请如实填写参与投标确认函，并于2021年5月13日下午5:00前将投标确认函原件的扫描件发送至代理机构指定电子邮箱（联系电话0514-86663195，邮箱380996306@qq.com），同时需与采购代理机构经办人确认是否收到《供应商参加投标确认函》，否则将自行承担所产生的风险。未提交确认函者、超过时限者不得前来投标**（开标时投标确认函原件须随投标文件一起递交，否则投标文件可能被拒收）**，确认函内容不全者后果自负。

（四）请在规定时间内一次性报出不得更改的价格。本项目投标最高限价**29.5万元**，投标报价高于最高限价的为无效报价。（清单及技术参数详见附件）

（五）拒绝下述供应商参加本次采购活动：

1、供应商单位负责人为同一人或者存在直接控股、管理关系的不同供应商，不得参加同一合同项下的政府采购活动。

2、凡为采购项目提供整体设计、规范编制或者项目管理、监理、检测等服务的供应商，不得再参加该项目的其他采购活动。

3、供应商被“信用中国”网站（www.creditchina.gov.cn）、“中国政府采购网”(www.ccgp.gov.cn)列入失信被执行人、重大税收违法案件当事人名单、政府采购严重违法失信行为记录名单。

（六）集中考察或召开答疑会：无

（七）本项目不接受联合体投标

（八）本项目不接受进口产品投标

（九）供货期：5日内完成供货并安装调试成功。

（十）免费质保期：原厂2年，成交供应商在中标后签订合同前须提供原厂2年免费质保函原件。

（十一）付款方式：设备安装调试成功经验收合格后，两年内付清。

（十二）开标相关信息：

**投标文件(正本1份/副本2份)请于投标截止时间前密封盖章送至投标文件接收地点，逾期将不予接收。**

投标文件开始接收时间：2021年5月14日上午8:30(北京时间)

投标文件接受截止时间：2021年5月14日上午9:00(北京时间)

投标文件接收地点：扬州市江都妇幼保健院13A小会议室（扬州市江都区长江东路145号）

开标时间：2021年5月14日上午9:00(北京时间)

（十三）本公告期限：自询价公告在“扬州市江都妇幼保健院”网站发布之日起3个工作日。

本次项目的最终结果，将在网站上公示三天，如参加公司对最终结果有异议，请以书面形式向我单位进行申诉。

采购人：扬州市江都妇幼保健院 采购代理机构：江苏明润资产房地产评估造价咨询有限公司

采购人联系人：巫先生 13625208088 采购代理机构联系人：周先生 0514-86663195

**为做好新型冠状病毒感染的肺炎疫情防控，各投标单位提前做好自查工作，严禁出现感冒、发热、咳嗽等症状的人员参加开标。所有参会人员应加强个人防护，佩戴医用口罩，并服从开标现场工作人员的统一安排。**

采购人：扬州市江都妇幼保健院

采购代理机构：江苏明润资产房地产评估造价咨询有限公司

2021年5月11日

**二、投标人须知前附表**

|  |  |
| --- | --- |
| 序号 | 内容 |
| 1 | 项目名称：扬州市江都妇幼保健院肌电筛查治疗系统采购项目  项目编号：JDFYCG-2021008  采购人：扬州市江都妇幼保健院  采购方式：询价 |
| 2 | 供应商资格要求：  1、投标供应商须具备《中华人民共和国政府采购法》第22条规定；  2、投标人所投产品如为三类医疗器械，须具备有效的《医疗器械经营许可证》或《医疗器械生产许可证》；所投产品如为二类医疗器械，须提供有效的《二类医疗器械经营备案凭证》；所投产品如为一类医疗器械，须提供有效的《一类医疗器械经营备案凭证》；  3、投标供应商所投产品应具有有效的医疗器械注册证；  4、本项目不接受联合体投标；  5、本项目不接受进口产品投标。 |
| 3 | 投标文件开始接收时间：2021年5月14日上午8:30(北京时间)  投标文件接受截止时间：2021年5月14日上午9:00(北京时间)  开标时间：2021年5月14日上午9:00(北京时间)  投标文件递交地点：扬州市江都妇幼保健院13A小会议室  投标文件递交地址：扬州市江都区长江东路145号  投标文件份数：**正本1份/副本2份**  采购人：巫先生，联系方式：13625208088，采购代理机构：周先生，联系方式：0514-86663195 |
| 4 | **投标保证金：人民币壹仟元整。**  （1）保证金缴纳方式：投标供应商将投标保证金以现金的形式在投标截止时间前于开标现场递交。未按上述要求提交保证金者，投标文件将被拒收。  （2）投标保证金退还：未中标单位的投标保证金在评标结束后当场退还。中标人的投标保证金，在中标人按规定签订合同后5个工作日内退还，不计利息。若中标单位无故放弃中标项目或无正当理由在规定时间内（30天）不与采购人签订合同的，投标保证金将不予退还。 |
| 5 | 评标办法：最低评标价法。 |
| 6 | 费用的解释：  1、投标供应商应自行承担所有与参加本次询价有关的费用。不论询价的结果如何，采购代理机构和采购人在任何情况下均无义务和责任承担这些费用。 |

**报价明细表**

致：扬州市江都妇幼保健院

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 标包号 | 采购项目 | 品牌/型号/详细技术要求 | 数量 | 单位 | 单价（元） | 合价（元） | 备注 |
| 1 | 肌电筛查评估仪 | 详见附件 | 1 | 台 |  |  |  |
| 2 | 肌电治疗仪 | 详见附件 | 1 | 台 |  |  |  |
| 合计报价：人民币（大写）： ，￥（小写）： | | | | | | | |
| 供货期：5日内完成供货并安装调试成功。 | | | | | | | |
| 备注：  1、符合招标公告要求的生产厂商或经销商，按公告要求提供证明材料原件。  2、投标报价应为完成本次采购与之相关所需的全部费用，包括但不限于：设备-运输-保险-安装-调试-售后服务-税金等费用。  3、投标人所供产品及配件须符合国家相应的有关标准、规范和要求。  4、免费质保期：原厂2年，成交供应商在中标后签订合同前须提供原厂2年免费质保函原件。  5、在收到《成交确认书》后三个（3）个工作日内，签订合同前，成交供应商应提交合同总价10%的履约保证金至采购人指定账户，完成供货并安装调试成功且验收合格后一次性退还，不计息。如成交供应商未能履行合同规定的义务，采购人有权从扣除履约保证金。 | | | | | | | |

供应商名称（公章）： 报价联系人： 联系电话：

**技术要求响应偏离表**

投标人名称（公章）：

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 招标要求 | 投标响应 | 偏离情况 | 说明 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

法定代表人或授权代表签字：

**注：1、投标人投标时须提供以上技术要求响应偏离表并加盖投标人公章。**

**2、投标供应商应按照询价文件中技术要求逐项、详细、真实的填写，不允许缺项，不允许负偏离，并提供相关证明材料（如产品的宣传彩页、白皮书、技术参数说明书等）且须能充分反映满足询价文件技术参数要求，否则将作无效投标处理。**

3、此表格可自行扩展。行数不够可以添加，有具体参数的应填写详细参数，否则该投标可能被拒绝。

**附件1:**

肌电筛查治疗系统技术参数

配置清单：

1、肌电筛查评估仪：一台

2、肌电治疗仪：一台

肌电筛查评估仪技术参数

1.主机：显示器与主机集成化一体机设计。显示器、信号采集模块与工控机封装于同一机箱内，稳定性和兼容性更有保障，抗电磁干扰性能突出。

2.电容触摸屏，既可以触摸式操作也可外接键盘鼠标操作，触摸屏尺寸≥14英寸。

3.分辨率：≤0.5μV（r.m.s）

4.肌电采集范围：2-2400μV（r.m.s）

5.一键式开机，直接进入软件操作界面，一键式关机。

6.筛查模式用于短时间内筛查出盆底肌异常者，快速筛查耗时小于等于1分钟，标准筛查耗时小于等于2分40秒。

7.标准评估采用国际先进的Glazer评估，对测试部位进行全面且标准化的评估，耗时约6分钟。评估指标包括：前静息平均值，前静息变异性，快速收缩上升时间，快速收缩最大值，快速收缩下降时间，持续收缩平均值，持续收缩变异性，耐久收缩平均值、耐久收缩变异性、耐久收缩后前10秒比值、后静息平均值，后静息变异性。

8.系统自动对筛查结果、评估结果的每个阶段进行打分，并计算出整个过程的最终得分。

9.筛查、评估和治疗过程中，系统提供语音指导，提高临床效率。

10.多台设备可实现病员数据的自动实时同步。在一台设备进行患者检查时，此患者的检查数据可通过无线共享到其他设备上。

11.强大的数据管理功能，对工作量进行统计，还可对所有筛查、评估数据进行统计分析，可以回顾数据结果、波形。

12.系统支持与疾病分级诊疗信息软件的数据同步，实现医联体组建、共享数据、科研协作、病患转诊、患者预约、本地病员管理等功能。

13.系统支持患者通过手机APP实时进行医院的诊疗预约，医生可通过预约软件对患者预约信息进行管理。医生可对诊疗预约进行个性化设置，包括：最大预约次数、允许预约时间、预约设备管理和预约时间段管理等。

14.具备疾病分级诊疗系统功能，支持电子病历、科研协作、在线转诊、统计分析、数据导出、移动APP线上预约功能。

15.满足医院HIS接口要求。

肌电治疗仪技术参数

1.主机：显示器与主机集成化一体机设计。显示器、信号采集模块与工控机封装于同一机箱内，稳定性和兼容性更有保障，抗电磁干扰性能突出。

2.电容触摸屏，既可以触摸式操作也可外接键盘鼠标操作，触摸屏尺寸≥14英寸。

3.主机多功能物理通道≥4个，其中≥4个电刺激通道（STIM），≥3个肌电采集通道（EMG）。

4.使用物理旋钮调节电流强度，操作方便，每个通道均设置各自的独立旋钮控制，可实现多通道不同强度刺激。

5.肌电采集范围：2-2400μV（r.m.s）

6.分辨率：≤0.5μV（r.m.s）

7.通频带：不窄于20Hz～500Hz (-3dB)

8.电刺激脉冲宽度：至少在50-800μs范围内均可调，步进10us可调节。

9.电刺激脉冲频率：至少在1-240Hz范围内均可调，步进1Hz可调节。

10.系统可根据盆底康复筛查仪的筛查或评估结果自动生成针对这个患者的个性化疗程化治疗方案，无需医务人员自己手动编辑治疗方案。

11.系统可将训练方案（包括电刺激、触发电刺激、反馈训练、多媒体游戏训练）通过无线方式传输至移动类（手机APP软件等）设备，医生可通过手机APP查看患者的训练数据，提高患者依从性，安卓和IOS系统均支持该APP。

12.内置多种盆底康复方案和产康方案，且所有内置方案参数可查看，也可以导入、导出。

13.疗程化方案治疗，自动按照当前治疗次数选择对应的治疗方案进行治疗，也可手动调整方案。

14.治疗过程中可以对电刺激的强度、频率、脉宽、刺激时间、休息时间参数进行调节。

15.多台不同型号设备或同一型号设备，可实现筛查评估及治疗数据的自动实时同步。

16.具备疾病分级诊疗系统功能，支持电子病历、科研协作、在线转诊、统计分析、数据导出、移动APP线上预约功能。

17.系统支持患者通过手机APP实时进行医院的诊疗预约，医生可通过预约软件对患者预约信息进行管理。医生可对诊疗预约进行个性化设置，包括：最大预约次数、允许预约时间、预约设备管理和预约时间段管理等。

18.满足医院HIS接口要求。

**附件2：**

**（一）法定代表人资格证明**

本人姓名： ，身份证号： ，系 （投标供应商名称） 的法定代表人。

特此证明。

附：法定代表人身份证复印件（正反双面）

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
|  |

法定代表人签字:

投标供应商：（盖章）

日期: 年 月 日

**（二）法定代表人授权书**

本授权书声明:兹（姓名）系 (投标供应商名称) 的法定代表人，现授权(授权代表姓名) 为我方就 （项目编号及项目名称） 项目的询价采购活动的合法代理人，以本公司名义全权处理一切与该项目有关的事务均予以承认。

本授权书于 年 月 日签字或盖章生效，有效期至 结束。

特此声明。

法定代表人签字：

法定代表人身份证号：

授权代表签字：

授权代表人身份证号：

投标供应商名称(公章):

日期: 年 月 日

附：法定代表人及授权代表身份证复印件（正反双面）

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
|  |

**附件3：**

**承诺书（格式）**

我单位在参加（项目编号及项目名称）的采购活动中，郑重承诺如下：

1、本次采购活动中我单位申报的所有资料都是真实、准确完整的，不存在虚假响应。

2、本次采购活动中我单位所提供的技术要求和服务均满足采购人要求，且所提供的服务均为真实有效的。

3、一旦我单位中标，我单位承诺中标后须满足医院HIS接口要求。

4、一旦我单位中标，我单位承诺中标后签订合同前提供原厂2年免费质保函原件。

如违反以上承诺，我单位同意自动放弃中标资格，承担一切法律责任并接受相关监督管理部门依法作出的处罚。

投标人名称：（盖章）

法定代表人（或授权代表）：（签字）

日期： 年 月 日

**附件4：**

**参加采购活动前 3 年内在经营活动中没有重大违法记录的书面声明(参考格式)**

**声 明**

我公司郑重声明：参加本次采购活动前 3 年内，我公司在经营活动中没有因违法经营受到刑事处罚或者责令停产停业、吊销许可证或者执照、较大数额罚款等行政处罚。

投标供应商名称（公章）：

法定代表人或授权代表签字：

**附件5:**

# 供应商廉洁自律承诺书

本次医院招标是实行公开、公平、公正的阳光工程，给予了每个供应商平等竞争的机会。作为参与此次交易活动的供应商,我公司现郑重做出以下承诺：

一、遵守《中华人民共和国政府采购法》及省、市有关公共资源交易中心的各项法律、法规和制度。

二、客观真实反映自身情况，按规定接受医院供应商资格审查, 不提供虚假材料，不夸大自身技术和提供服务的能力。

三、以合法正当的手段参与医院采购的公平竞争。不与采购人、其他供应商或者采购代理机构恶意串通，不以不正当手段诋毁、排挤其他供应商，不向采购人、采购代理机构、评审机构行贿或者提供其他不正当利益。

四、认真履行规定义务,包括:遵守采购程序，按要求编写投标、响应文件，并保证投标、响应文件内容的真实可靠；按时递交投标、响应文件，缴纳相关保证金；在评标现场遵守相关纪律，不影响正常的采购秩序；按规定的时间和程序与采购人签订采购合同；按时缴纳履约保证金，并严格履行合同。

五、向采购人、采购代理机构行贿或者提供其他不正当利益的；销售活动中坚决做到“六不”：不得直接向医疗机构和相关人员推销和促销；不得在私人住宅、旅店、饭店和娱乐等不适当的场所与医疗机构相关人员或代理人洽谈有关药品采购事宜；不得以任何理由向需方行贿或馈赠礼品；不得以任何名义为需方报支应由单位或个人支付的任何费用；不得以任何理由组织或邀请需方人员参加由本方或供销人员支付的旅游和娱乐活动；不得将与需方采购的经济活动交于需方和需方代理人的相关人员的家属、亲友从事或代理。如发生上述情况，需方有权停止支付我方货款,并处经相关部门认可的违法金额5倍的罚款；造成损失的,应予赔偿；并且三年内不进入需方销售。

六、自觉接受相关部门的监督检查。

如违反以上承诺，我公司愿承担一切法律责任，并接受医院及相关部门依法作出的处罚。

承诺单位（盖章）

法定代表人（或授权代表）签字

年 月 日

**附件6:**

**供应商参加投标确认函**

江苏明润资产房地产评估造价咨询有限公司：

本单位将参加贵公司于 月 日开标的采购编号为 的 项目的投标，特发函确认。

　　　　　　 　 （单位公章）

　　　　　　　　　　　　　 　年　　　月　　　日

附：

**供应商联系表**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 单位名称 |  | | |
| 单位地址 |  | | |
| 法定代表人 |  | 邮 编 |  |
| 单位电话 |  | 传真号码 |  |
| 项目联系人 |  | 邮 箱 |  |
| 联系人电话 |  | 联系人手机 |  |
| 所投分包 |  | | |

**备注：1、请准备参与本项目的供应商如实填写（以上信息均为必填内容）后邮件至采购代理机构（邮 箱：****380996306@qq.com，固定电话：0514-86663195。）**

**2、因投标人填写有误，造成以上信息资料的不实将由投标人承担责任。**