**附件**

**2024年安宁疗护设备及双能X射线骨密度仪采购项目采购需求调查反馈意见报告**

公司名称（盖章）：

采购人：南沙区人民医院

调查组织单位：南沙区人民医院

2024年6月

**表1**

**企业营业执照**

致：南沙区人民医院

根据2024年双能X射线骨密度仪、安宁疗护设备采购项目采购需求调查内容，我公司现按要求提交反馈意见。

联系方法：（包括但不限于：联系人、联系电话、手机、传真、电子邮箱等）

反馈意见的产品为（ 🗌控温仪 🗌胃肠动力治疗仪 🗌洗浴床 🗌床上单车 🗌双能X射线骨密度仪）

【备注】在“🗌”打“🗸”

后附企业营业执照

公司名称：（全称并加盖单位公章）

日期：2024年 月 日

**表2**

**2021年以来所递交的产品的相同品牌型号的最低的成交价格记录（如有）**

致：南沙区人民医院

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **采购人** | **项目名称** | **项目预算** | **中标/成交人** | **中标/成交价** | **中标/成交品牌** | **中标/成交型号** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

注：供应商应针对本项目提供公司同品牌型号设备的历史成交价格信息，如有应列表并附上相关合同等材料（如有）。

公司名称：（全称并加盖单位公章）

日期：2024年 月 日

**表3**

**后续采购情况**

致：南沙区人民医院

可能涉及的运行维护、升级更新、备品备件、耗材等情况（主要设计的相关部件须明确体现）：

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **项目** | **内容** | **费用说明** | **备注** |
| 1 | 设备的运行维护 | 1. 设备在质保期内的运行维护时间、周期及相关费用 2. 设备在质保期后的运行维护时间、周期及相关费用 3. 设备在质保期的时间 4. 设备的使用年限 |  |  |
| 2 | 升级更新（如有） | 1. 设备在质保期内的升级更新承诺及相关费用； 2. 设备在质保期后的升级更新承诺及相关费用 3. 负责设备升级更新的年限承诺 |  |  |
| 3 | 备品备件（非耗材类，如有） | 1. 设备在质保期内的备品备件相关费用； 2. 设备在质保期后的备品备件相关费用； 3. 备品备件的详细清单（按标配备品备件及可选备品备件进行区分列明） |  |  |
| 4 | 耗材（如有） | 1. 设备在质保期内的耗材相关费用； 2. 设备在质保期后的耗材相关费用； 3. 耗材的详细清单（按标配耗材及可选耗材进行区分列明） |  |  |

注：供应商应针对本项目提供可能涉及的运行维护、升级更新、备品备件、耗材等后续采购情况说明，可自行增加行数进行详细说明，附件相关佐证材料（如有）。

公司名称：（全称并加盖单位公章）

日期：2024年 月 日

**表4**

**生产厂家的情况**

致：南沙区人民医院

【备注】本次项目的行业划分为工业，根据《关于印发中小企业划型标准规定的通知》（工信部联企业〔2011〕300号）的规定：工业。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。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 设备名称 | 设备的制造商全称 | 制造商从业人员数量 | 制造商2022年度的营业收入 | 制造商的资产总额 | 企业属性（大型、中型、小型或微型） |
| 1 |  |  |  |  |  |  |
| …… |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

公司名称：（全称并加盖单位公章）

日期：2024年 月 日

**表5**

**产品相关情况（技术参数、性能、工艺说明）**

致：南沙区人民医院

**根据项目的预算，提供最符合采购人要求的机型及配置，尽可能提供宣传彩页或实体照片、第三方检测报告（如有）等佐证资料。**

设备名称：控温仪

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 需了解的情况 | 供应商的产品情况 | 备注 |
| 1 | 工作的原理？ |  |  |
| 2 | 升/降温毯材质？ |  |  |
| 3 | 控温方式？ |  |  |
| 4 | 控温速度？ |  |  |
| 5 | 控温范围？ |  |  |
| 6 | 显示屏大小、显示方式？ |  |  |
| 8 | 是否具备报警提示？ |  |  |
| 9 | 是否升降温可同时工作？ |  |  |
| 10 | 整机的功率？ |  |  |
| 11 | 整机的材质，重量，尺寸？ |  |  |
| 12 | 连续运行时间？ |  |  |
| 13 | 使用年限，质保时间？ |  |  |
| 14 | 交货期 |  |  |

设备名称：胃肠动力治疗仪

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 需了解的情况 | 供应商的产品情况 | 备注 |
| 1 | 工作的原理？ |  |  |
| 2 | 显示屏大小？ |  |  |
| 3 | 安全类别？ |  |  |
| 4 | 是否具备定时功能？ |  |  |
| 5 | 输出波形？ |  |  |
| 6 | 脉冲频率？ |  |  |
| 8 | 是否具备输出强度调节？ |  |  |
| 9 | 红外温度是否具备智能温度档调节开关？ |  |  |
| 10 | 热疗电源是否具备自动感应最短温度？ |  |  |
| 11 | 输出通道设置？ |  |  |
| 12 | 处方功能？ |  |  |
| 13 | 连续工作时间是否不低于8小时？ |  |  |
| 14 | 交货期 |  |  |

设备名称：洗浴床

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 需了解的情况 | 供应商的产品情况 | 备注 |
| 1 | 功能？ |  |  |
| 2 | 电机？是否整体升降？ |  |  |
| 3 | 床体材质？尺 寸？承 重？ |  |  |
| 4 | 床体四角是否均安装防撞轮（多少寸）？ |  |  |
| 5 | 浴槽的材质？ |  |  |
| 6 | 两侧脚踏板是否具备控制功能？ |  |  |
| 8 | 护栏是否具备？ |  |  |
| 9 | 排水功能？ |  |  |
| 10 | 脚轮是否具备带刹静音？ |  |  |
| 11 | 靠背是否独立支撑可调？ |  |  |
| 12 | 交货期 |  |  |

设备名称：肢体康复器

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 需了解的情况 | 供应商的产品情况 | 备注 |
| 1 | 用途？ |  |  |
| 2 | 大小？ |  |  |
| 3 | 是否电动？ |  |  |
| 4 | 交货期 |  |  |

设备名称：双能X射线骨密度仪

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 需了解的情况 | 供应商的产品情况 | 备注 |
| 1 | 测量原理？ |  |  |
| 2 | 测量部位？ |  |  |
| 3 | 测试人群？ |  |  |
| 4 | 数据库？ |  |  |
| 5 | 安全性能辐射设计防护标准？ |  |  |
| 6 | 手臂定位稳定性？ |  |  |
| 7 | 扫描及呈像技术 |  |  |
| 8 | 质量控制？ |  |  |
| 9 | 工作噪音？ |  |  |
| 10 | 骨密度准确度？ |  |  |
| 11 | 测量重复性及变异系数？ |  |  |
| 12 | 成像清晰度？ |  |  |
| 13 | 接口支持？ |  |  |
| 14 | 传输协议支持？ |  |  |
| 15 | 储存格式支持？ |  |  |
| 16 | 成人计算参数？ |  |  |
| 17 | 儿童计算参数？ |  |  |
| 18 | 交货期 |  |  |

**【备注】供应商可自行增加表格行数进行完整说明。宣传彩页或实体照片、第三方检测报告（如有）等佐证资料附表后。**

公司名称：（全称并加盖单位公章）

日期：2024年 月 日

**表6**

**设备报价单**

致：南沙区人民医院

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 设备 名称 | 品牌 型号 | 制造商名称 | 产地 | 保修 年限 | 设备单价 报价（元） |
| 1 | 控温仪 |  |  |  |  |  |
| 2 | 胃肠动力治疗仪 |  |  |  |  |  |
| 3 | 洗浴床 |  |  |  |  |  |
| 4 | 床上单车 |  |  |  |  |  |
| 5 | 双能X射线骨密度 仪 |  |  |  |  |  |

【备注】

1.设备单价报价包含货物的设计、制造、包装、运输、装卸、安装调试、检测、培训、保险、税费、人工费、验收费、技术服务等费用（包括技术资料等的提供）、质保期保障等一切支出、所有税费和其他服务以及合同实施过程中应预见和不可预见的一切费用。

2.设备单价报价必须包含标准配置清单中的所有内容及相关功能，不含另行加价选择安装的配置清单中的所有内容。

3.在同品牌同型号的情形下，如此表价格超出表4《2021年以来所递交的产品的相同品牌型号的最低的成交价格记录（如有）》的价格达到10%或以上，请附上详细的情况说明。

公司名称：（全称并加盖单位公章）

日期：2024年 月 日