**浙大妇院常规设备采购公告（采购编号20240112）**

根据国家及浙江省有关文件精神和医院有关政策，我们坚持公开、公平、公正和诚信的原则，欢迎满足要求的供应商前来参与本项目采购（技术参数详见附件），本方式仅限于单价和批量在10万元以下（不含10万元）医院自行采购的设备类项目。

**响应要求：**

1、提供有效的营业执照复印件并加盖公司公章。

2、提供自采购公告发布之日起至公告截止日内任意时间的“信用中国”网站（www.creditchina.gov.cn）的响应供应商信用查询网页截图。

3、代理经销的产品应提供原厂的逐级授权。

4、所有数据要求真实可靠，参与公司必须承诺。

5、不接受联合体响应，不允许分包和转包。

6、供应商成交后，签订和履行合同过程中如出现本次采购设备的价格与市场价偏差较大，或与医院已有的同型号设备价格偏差较大，医院有权在任何时间单方面终止该标项，损失由中标公司承担。

7、响应文件一正三副（固定装订，不强制要求胶装），必须档案袋密封于招标现场统一递交，一个标项对应一个档案袋。

8、采购时间初步定于**2024年01月19日下午2点，地点：**浙江大学医学院附属妇产科医院（杭州市上城区学士路1号）1号楼15楼会议室，报名**截止日期为01月17日**（报名以邮件为准，邮件标题请注明采购编号及所投标项号，**邮件内容请注明投标公司名称、投标人姓名及联系方式**，**设备厂家，规格型号，医疗器械注册证号**等）。

9、以上事项均为必须项，任何一项不满足均取消响应资格。

**其他事项：**

咨询、报名电话：0571-89991073。EMAIL：[sfbsbk@zju.edu.cn](mailto:sfbsbk@zju.edu.cn)。

**响应文件内容按如下顺序制作：**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 材料名称 | 份数 | 说明 |
| 1 | 封面（附件1） | 1 |  |
| 2 | 声明书（附件2） | 1 |  |
| 3 | 投标项目报价单（附件3） | 1 |  |
| 4 | 采购公告发布之日起至公告截止日内任意时间的“信用中国”网站（www.creditchina.gov.cn）的响应供应商信用查询网页截图 | 1 |  |
| 4 | 配置清单 |  |  |
| 5 | 企业营业执照 | 1 |  |
| 6 | 经营许可证或生产许可证（如需要） | 1 |  |
| 7 | 医疗器械注册证及注册表（如需要） | 1 |  |
| 8 | 厂家给经销商授权（非厂家直接响应） | 1 |  |
| 9 | 法定代表人授权委托书（附件4） | 1 |  |
| 10 | 法人代表身份证复印件 | 1 |  |
| 11 | 销售人员身份证复印件 | 1 |  |
| 12 | 技术响应表（附件5） | 1 |  |
| 13 | 其它资质证明 | 1 |  |
| 14 | 产品说明书 | 1 |  |
| 15 | **提供用户名单及合同复印件** | **1** | **要求合同金额等信息清晰可见** |
| 16 | **常用耗材、配件报价单（报价不允许出现“0”元字样）** | 1 |  |
| 17 | 保修及维修方案 | 1 |  |
| 18 | 其他优惠条件 | 1 |  |

**注：正本所有文件需加盖公司红章，副本为正本的复印件。**

**一、总体要求：**

1. **产品保修≥2年**，且24小时内响应维修。
2. 详细列出功能软件和硬件，如不作特殊说明，则视同包含该型号产品厂方最新发布的所有功能软件和所有选配件。
3. 提供电子版的仪器使用说明书和维修手册以及简易操作手册。
4. 涉及设备安全问题，要考察设备的安全资质，注意安装条件，由供货商承担相关的安全检测费用。
5. 设备过保后，厂家承诺先维修后付款。
6. 卖方提供的所有货物必须是全新未使用过的货物；货物生产日（以产品标签、标识为准）为到达医院指定地点前12个月内。
7. “▲”系指实质性要求条款。

**二、采购内容：**

**标项1：电脑自动验光仪1套（预算7万元）**

**一、概述：**用于眼科检查。测量球镜屈光度、柱镜屈光度、散光轴向，曲率半径、角膜散光轴向和角膜屈光度等眼球参数。

**二、技术参数要求：**

1. 球镜测量范围：-25D ~ +22D (0.12D，0.25D精度)。
2. 柱镜测量范围：-10D ~ +10D (0.12D，0.25D精度)。
3. 轴位范围：0°~ 180°(1°精度)。
4. 最小可测瞳孔直径：2.0mm。
5. 角膜曲率半径：5.00 ~ 10.00mm（0.01mm精度）。
6. 角膜屈光度：34D ~ 67D (0.12D/0.25D精度，当角膜折射率=1.3375时)。
7. 角膜散光度：至少包含0D ~ +/-10D(0.12D，0.25D精度)。
8. 角膜散光轴向：0°~ 180°(1°精度)。
9. 瞳距测量最大范围：至少包含20mm~85mm。
10. 具有人工晶体眼测量模式。
11. 每眼可保存不小于10次的测量结果。
12. 具有彩色液晶触摸屏，尺寸不小于8英寸。

**三、配置要求：**

1. 主机 1套
2. 升降台 1套
3. 打印机（配置和耗材需满足院方需求） 1套

**标项2：同视机1套（预算5万元）**

**一、概述：**用于斜视、弱视患者的双眼视功能，视网膜对应情况的检查。并可进行双眼视功能矫正训练。

**二、技术参数**

1. 左右镜筒可绕竖轴转动：集合50°，发散40°。
2. 左右镜筒可绕横轴转动：±30°。
3. 左右镜筒中画片可绕光轴转动：±20°。
4. 左右镜筒中画片对光轴上下移动：±10°。
5. 瞳距调节范围：至少包括45mm-75mm。
6. 照明灯亮度可调。
7. 可手动和自动控制照明灯闪烁。
8. 自动闪烁方式需包括：左右灯同时亮灭；左右灯交替亮灭；左右灯一只亮灭，另一只长亮或长灭；左右灯一只常亮，另一只长灭。
9. 在自动闪烁方式中，一周期内：1/4亮 3/4灭；1/2亮 1/2灭；3/4亮 1/4灭。
10. 自动闪烁频率调节范围30~300次/分。
11. 各种功能画片数量不少于18对。

**三、配置要求**

1. 主机 1台
2. 同时视、融合、立体等功能画片 1套

3.3 CAM机红光闪烁仪 1套

附件1：响应文件封面 正本或副本

浙江大学医学院附属妇产科医院

（医疗设备）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 项目名称： | | | |
| 项目编号： | | | |
|  |  | 响应文件 |  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| 供应商全称： | | | |
| 地 址： | | | |
| 时 间： | | | |

附件2：

**声 明 书**

致浙江大学医学院附属妇产科医院：

（供应商名称）系中华人民共和国合法企业，经营地址 。

我（姓名）系（供应商名称）的法定代表人，我方愿意参加贵方组织的（采购项目名称）（编号为 ）的采购项目，为此，我方就本次项目有关事项郑重声明如下：

1、我方已详细审查全部采购文件，同意采购文件的各项要求。

2、我方向贵方提交的所有响应文件、资料都是准确的和真实的。

3、若成交，我方将按采购文件规定履行合同责任和义务。

4、我方不是采购人的附属机构；在获知本项目采购信息后，与采购人聘请的为此项目提供咨询服务的公司及其附属机构没有任何联系。

5、响应文件自提交之日起有效期为90天。

6、我方参与本项目前3年内的经营活动中没有重大违法记录。

7、我方通过“信用中国”网站（www.creditchina.gov.cn）查询，未被列入失信被执行人、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。

8、以上事项如有虚假或隐瞒，我方愿意承担一切后果，并不再寻求任何旨在减轻或免除法律责任的辩解。

法定代表人签名（或签名章）： 日 期：

投标人全称（公章）：

附件3：

报价明细表

供应商全称：

项目编号：

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 货物类 | | | | | | | |
| **货物名称** | | **品牌 /产地** | **规格型号** | **数量** | **单价（元）** | **总价（元）** | **质保（年）** |
|  | |  |  |  |  |  |  |
| 合计金额大写： 小写：￥ | | | | | | | |
| 备  注 | 1、此表应按项目的明细情况列项填表，在填写时，如上表不适合本项目的实际情况，可在确保响应明细内容完整的情况下，根据上表格式自行划表填写。  2、报价要求：项目费用包括项目实施所需的工程费、工时费、服务费、运输费、安装费调试费、税费及其他一切费用。  3、报价中不允许出现报价优惠等字样，合计总价应与明细报价汇总相等。 | | | | | | |

授权代表签名：

日期：

附件4：

**法定代表人授权委托书**

浙江大学医学院附属妇产科医院：

我 （姓名）系 （供应商名称）的法定代表人，现授权委托本单位在职职工 （姓名）为授权代表，以我方的名义参加项目编号： 项目名称： 项目的活动，并代表我方全权办理针对上述项目的具体事务签署相关文件。我方对授权代表的签名事项负全部责任。

在撤销授权的书面通知以前，本授权书一直有效。授权代表在授权书有效期内签署的所有文件不因授权的撤销而失效。

授权代表无转委托权，特此委托。

授权代表签名： 职务：

授权代表身份证号码：

授权代表联系手机：

法定代表人签名（或签名章）： 职务：

供应商全称（公章）： 日 期：

附件5：

技术响应表

供应商全称（公章）：

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **采购文件要求** | **响应情况** | **偏离情况** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

授权代表签名及手机：

日期：

说明：①采购文件要求列第一行填写项目名称，以下填写技术参数要求。②响应情况列填写项目响应情况。③注明“正偏离”、“负偏离”或“无偏离”。