**数字化手术室需求调研**

**邀请文件**

项目名称：石棉县公立医院集团数字化手术室需求调研（第二次）

项目编号：JTDY-202409

石棉县公立医院集团采购办

2024年3月

地址：石棉县新棉镇人民路11号 邮编：625400

联系电话：0835-8858599 传真电话：0835-8858757

邮箱：603171752@qq.com

第一章 邀请公告

为了满足临床工作的需要，进一步提高医疗技术水平，石棉县公立医院集团采购办受集团设备科委托，拟对数字化手术室组织进行需求调研，欢迎符合条件的供应商提交产品资料前来参加，并保证所提供的各种材料真实、有效、齐全。

**一、项目编号：**JTDY-202401

**二、项目名称：**石棉县公立医院集团数字化手术室需求调研（第二次）

**三、预算总限价：400万元**

**四、设备清单及限价：**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 设备名称 | 数量 | 整体限价（万元） | 备注 |
| 1 | 数字化手术室 | 1 | 180 |  |
| 2 | 备用数字化手术室 | 1 |  |
| 3 | 麻醉塔 | 7  | 35 |  |
| 4 | 无影灯 | 7 | 105 |  |
| 5 | 手术床 | 4 | 80 |  |
| 总预算 | 400万元 |  |

**五、**特别说明：

1、参加本次需求调研的供应商不得参加正式采购活动的投标。

2、本次需求调研仅用于医院对所需设备的了解和认知，不作为正式采购的依据和承诺，正式采购必须严格按照政府采购的规定执行。

**六、供应商参加本次调研活动，报名时须提供以下材料进行初审，初审合格的方可参加**

**注：1、三年内有重大违法记录及不良行为记录的不得参与本次需求调研活动。**

**2、以下报名资料只作为报名登记使用，正式调研资料要求见第二章，第四点：**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **材 料 名 称** | **份数** | **要 求** |
| 1 | 校验期内的营业执照 | 1份 | 原件或加盖公司印章的复印件 |
| 2 | 单位介绍信 | 1份 | 原件。如为法人本人参加则不需提供。 |
| 3 | 法人身份证复印件 | 1份 | 加盖公司印章的复印件 |
| 4 | 经办人身份证复印件 | 1份 | 加盖公司印章的复印件 |

**备注：报名时除提供以上资料外，还需注明：项目名称+公司名称+联系人+联系人电话**

**七、文件获取方式：**

可通过以下方式免费获得需求调研文件：

1. 电话致电0835-8858599石棉县公立医院集团采购办获取；
2. 登录石棉县人民医院网站：[www.smxrmyy.com](http://www.smxrmyy.com)，在首页“招标公告”目录中下载获取；
3. 通过医院办公QQ号:603171752，在QQ空间/日志中获取。

**八、联系方式：**

1、石棉县公立医院集团采购办公室：

联系人：王女士 联系电话：0835-8858599；

邮编：625400 邮箱：603171752@qq.com

地址：石棉县人民路11号（石棉县人民医院综合楼6楼，采购办）

2、项目内容联系人及联系电话：

联系人：0835-8858966（袁先生）

2024年3月

第二章 需求调研文件

**一、项目名称：石棉县公立医院集团数字化手术室需求调研（第二次）**

1. **调研内容及要求：**

**1、设备清单及要求：**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 设备名称 | 数量 | 整体限价（万元） | 性能要求 |
| 1 | 数字化手术室 | 1 | 180 | 一、4K数字化手术室 ：1、中央管理控制系统：1、具有独立的系统和操作软件。需要包含视频管理、音频管理、手术室环境控制管理、转播示教管理、文档管理、信息存储管理等功能。2、为保障数字化手术室网络信息安全，数字化手术室系统需提供由公安机关出具的数字化手术室网络系统安全等级备案证明，且等级保护不低于三级。二、4K示教室 1间：1、在平板操作终端上配置平板操作软件。2、把手术室内图像显示及传输到示教室3、示教室配备一块75寸4K超高清大屏幕显示器.4、支持示教室等转播点主动呼叫手术室。可提供有CMA资质第三方检测机构出具的检测报告证明，手术室内可选择接受或者拒绝转播申请。5、配备高清全景摄像机。6、配备无线手持麦克风， 三、5G远程会议系统1间：配备5G无线网络模块， 医院成员在不同场景均可用网络观看手术室直播，如会议室、报告厅、诊室内、家里、出差途中等，突破地理限制、观摩人员数量限制、信息传递维度限制。手术室可根据远程专家等转播点的需要，任意切换传输手术室内医学影像至专家端的视频画面，及时传递患者信息供专家讨论分析。 |
| 2 | 备用数字化手术室 | 1 | 按照数字化手术间配置完成完整的各项端口信号线的布局，后期只需完善硬件设备终端配置即可使用。 |
| 3 | 麻醉塔 | 7 | 35 | 单臂可旋转，单臂配置氧气接口2个，负压接口2个，压缩空气接口1个、麻醉废弃接口1个，CO2接口1个，网络接口2个，电源插座12个。其中2套达到数字化手术间配置要求 |
| 4 | 无影灯 | 7 | 105 | 双臂，单控，LED高端子母灯；其中2台带摄像头，达到数字化手术间配置要求 |
| 5 | 手术床 | 4 | 80 | 综合型手术床，其中2台达到数字化手术间配置要求 |
| 预算总限价：400万元 |

**2、以上所有设备的质保期均不得低于2年，并提供推荐机型的三级医院用户名单。**

**3、以上所有设备，参与需求调研的商家需全部进行机型推介，不得选择其中的部分设备参与调研，可不限于同一品牌。**

**四、调研资料要求**

**（一）各商家需按照以下内容要求提供并装订调研资料（格式必须按照第四章的格式要求准备，格式不得修改）：**

1、需求调研函（格式要求见第四章）；

2、调研信息表（格式要求见第四章）；

3、产品信息表（格式要求见第四章）；

4、资质证明文件：

（1）校验期内的营业执照复印件、税务登记证复印件、组织机构代码证复印件，或(三证合一）的证件复印件；

（2）经营范围含有医疗器械经营许可资格证或备案凭证复印件经营范围含有医疗器械相关经营许可，6854手术室、急救室、诊疗室设备及器具；

（3）医疗器械生产许可证、医疗器械注册证及登记表；

（4）参加本次调研活动前3年内，在经营活动中没有违法记录的书面声明（附“信用中国”截图）；

（5）近半年内任意一个月依法缴纳税收和社会保障资金的证明材料；

（6）法人授权委托书原件、法人身份证复印件、经办人身份证复印件（法人本人参加的只需提供法人身份证复印件）；

（7）国家规定的其它相关的资质证明文件。

5、产品说明书、宣传彩页和其它介绍资料；

6、中文翻译材料复印件（进口产品须提供）；

7、近1年来三级医院的购销合同（每个产品不少于3个，新注册上市的设备除外）；

8、商务和服务承诺（内容要求见第四章）；

9、供应商认为有必要提供的其他材料。

**（二）装订要求：**

1、以上资料必须按照序号顺序进行装订，且均要加盖单位公章；

2、以上资料一式五份（正本一份、副本四份）。本次调研活动不收活页装订的资料，所有资料均需装订成册、密封完整，并加盖单位骑缝章。

3、意向报价一览表，一份，单独密封，格式见第四章。

4、商家提供的《产品信息表》，需单独准备一套与装订内容完全一致的word文档版本，在需求调研会的现场，拷贝到医院的指定电脑里备存。

**（三）注意事项：**

商家在对以上设备进行产品介绍时，请提前准备好PPT内容或其他介绍资料。

1. **需求调研活动事项安排：**

本次需求调研活动需要报名参加，报名结束后，资格初审合格的商家满足3家的，可组织开展调研活动；初审通过的商家不足3家的，则暂不开展本次调研活动，待重新安排时间后再行组织。

**需求调研事项安排：**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **事项** | **时间** | **地点** | **备 注** |
| 1 | 需求公告发布 | 2024年3月25日 | 医院网站、QQ空间 | 需求调研文件获取见邀请公告的第七条 |
| 2 | 报名 | 需求公告发布之日起至2024年3月29 日16：00时止（节假日除外） | 网络报名或现场报名 | 通过以下任意一种方式报名：1、网络报名：将第一章第六条所列资料原件或加盖印章的复印件扫描后发送至QQ邮箱603171752进行资格初审，审核通过的由采购办登记报名，未登记报名的，医院拒绝需求人参加活动。2、现场报名：按第一章第六条所列资料原件或加盖印章的复印件交至采购办（综合楼六楼采购办）现场报名，未登记报名的，医院拒绝需求人参加活动。 |
| 3 | 会前签到 | 2024年4月1日11：40前 | 石棉县公立医院集团采购办（综合楼六楼采购办） | 签到时携带授权委托书及身份证交工作人员现场查验，如法人参加则只需要身份证，未在规定时间内签到的不得参加需求调研会。 |
| 5 | 调研文件 | 需求调研会 | 现场递交 | 需求调研会开始时，逾期未送达的视为放弃，取消参加本次调研活动的资格 |
| 6 | 调研会 | 2024年4月1日14：00时 | 石棉县人民医院综合楼六楼会议室 |  |

**六、其它要求与说明：**

1、提供相关信息和资料必须真实可靠，一旦发现有弄虚作假现象，除取消本次需求调研的资格外，医院后期的所有调研和采购活动均不得参加。

2、按需求调研文件要求如未能提供信息或信息不全，医院将只认可提供部分，其余将不予以认可。

3、本次需求调研，商家除按要求提供一式五份的调研资料外，还需准备与本次调研内容有关的PPT资料和其他介绍资料在调研会现场进行演示和推介，医院只提供投影仪，笔记本电脑由供应商自行准备。

4、商家的调研资料概不退还，医院承诺不向外透露参与本次需求调研活动的所有信息。

5、公司报名资格审核通过后，如因特殊原因无法参加需求调研会的，请于会前两天前向医院采购办电话说明，如无故不参加者，医院将不再邀请其参加后期的需求调研活动。

第三章 需求人须知

# 一、纪律要求

供应商参加需求调研活动不得有下列情形：

1、提供虚假材料；

2、采取不正当手段诋毁、排挤其他供应商；

3、与使用科室、管理部门、以及其他供应商恶意串通；

4、向院方人员行贿或者提供其他不正当利益；

5、拒绝有关部门的监督检查或者向监督检查部门提供虚假情况。

有上述情形之一的供应商，属于不合格供应商，后期不得参加医院所有的需求调研和采购活动。

# 二、需求调研文件

需求调研文件是供应商准备调研资料和参加需求调研活动的依据。供应商应认真阅读和充分理解需求文件中的所有内容事项、格式条款和规范要求。

未做出实质性响应的风险：

供应商未按照需求调研文件的要求，进行资料准备和装订的，院方可以拒绝供应商参与调研活动。

**2、需求文件的澄清和修改**

在需求报名截止时间前，医院无论出于何种原因，可以对需求调研文件进行澄清或者修改。对已登记报名的，医院可通过电话告知或邮箱回复等方式通知供应商。

# 三、报名及参会要求

1、供应商必须在报名时间截止前完成报名，逾期报名或未报名的不得参加本次调

研活动。

2、报名时需按第一章第六条的要求提供资质材料供院方进行初审，初审不合格或不符合报名条件的供应商，不得参加本次调研活动。

3、供应商密封完整的调研资料，在调研会场现场递交，逾期递交，或未按要求准

备资料的，医院可取消供应商的参与资格。

4、供应商参加需求调研活动的所有费用由供应商自行承担。

# 四、调研会须知

**一、调研会流程**

调研活动由采购办按照需求调研文件规定的时间，组织开展并主持召开。调研会将按以下流程进行：

1、工作人员宣布会议开始，介绍本次调研会的人员组成情况，并按照“签到表”宣布参加调研会的供应商名单。

2、工作人员介绍本次调研项目的基本情况。

3、监督人员宣读纪律要求。

4、商家交叉检查调研资料的密封性，并签字确认。

5、院方参会人员对供应商进行资格审核，并按照《调研信息表》内的首次报价宣读价格。

6、参会商家按照抽签顺序逐一进入会场进行推介，推介内容包括产品性能、优势、培训、售后等与产品相关的信息。同时接受院方人员的提问和咨询，并现场解答。

7、向参会商家发放《二次报价表》进行报价，二次报价不得高于首次报价，现场不宣读二次报价结果。

8、参会商家离场。

9、需求调研活动的组织，仅用于医院对所需设备的了解和认知，不作为正式采购的依据和承诺，因此调研活动不作任何结果的公示。

备注：调研会期间，工作人员会在空隙时间，要求参会商家将word文档版本的《产品信息表》拷贝到医院的指定电脑，参会商家需提前做好准备。

**二、需求调研会取消：**

出现下列情形之一的，需求调研会予以取消：

1、符合资质条件的供应商不足3家的。

2、出现影响公平公正的违法、违规行为的。

3、因重大变故，活动任务取消的。

4、参会商家的报价高于预算限价，或严重偏离市场价的。

第四章、调研资料部分格式

# 一、需求调研函

石棉县公立医院集团采购办：

我方全面研究了“（项目名称）项目编号：”需求调研文件，决定参加贵单位组织的此项目需求调研。我方授权职务： 身份证号： 代表我方(供应商名称)全权处理本项目需求调研的有关事宜。

1. 我方自愿按照需求调研文件规定的各项要求向院方提供所需服务。
2. 我方同意按照需求调研文件的要求提供相关资料。

3、我方为本项目提交的需求文件正本一份，副本四份。

4、我方愿意提供贵方可能另外要求的与需求调研活动有关的文件资料，并保证我方已提供和将要提供的文件资料是真实、准确的。

5、我方承诺所提供的产品和服务达到贵方提出的要求。

6、我方提交的所有资料不再收回。

供应商名称： （盖章）

法定代表人或授权代表：（签字或签字章）

联系电话：

日期：

#

# 二、调研信息表

项目名称：

项目编号：

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 供应商名称 |  | 统一社会信用代码 |  |
| 地址 |  | 法定代表人 |  |
| 联系人 |  | 联系电话 |  |
| 营业执照经营范围 |  |
| 医疗器械经营许可范围 |  |
| 资质材料自查（自查合格划“√”，不合格或无划“×”） | 营业执照（ ） | 医疗器械经营许可证/备案凭证（ ）  |
| 医疗器械生产许可证（ ） | 产品注册证/登记表（ ） |
| 无违法记录书面声明（ ）  | 依法缴纳税收和社会保险的证明（ ） |
| 授权委托书（ ） | 法人和授权代表的身份证复印（ ） |

 供应商名称（盖章）：

法定代表人或授权代表（签名）：

 年 月 日

# 三、意向报价一览表

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **首次报价** | **产品名称** | **数量** | **单价****（万元）** | **总价****（万元）** | **供货周期** |
| 数字化手术室 | 1 |  |  |  |
| 备用数字化手术室 | 1 |  |  |
| 麻醉塔 | 7  |  |  |
| 无影灯 | 7 |  |  |
| 手术床 | 4 |  |  |
| 报价总合计：¥万元（大写：） |

 供应商名称（盖章）：

法定代表人或授权代表（签名）：

**四、产品信息表**

**（每个产品必须完整填写一份本信息表）**

项目名称：

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 产品名称 |  | 生产厂家 |  |
| 品牌/国别 |  | 规格型号 |  |
| 注册证号 |  | 注册证有效期 |  |
| 生产企业规模 | 大型企业□ 中型企业□ 小型企业□ 微型企业□ 其他： |
| 近1年来在三级医院的销售记录 | 1、医院名称： 成交金额： |
| 2、医院名称： 成交金额： |
| 3、医院名称： 成交金额： |
| 技术参数及配置清单 | 参数填写要求：1. 商家提供的每一条技术参数必须是三个不同品牌机型均能满足的条件设置，严禁提供唯一

性和排他性的参数内容；1. 重要的技术参数，在该参数前用“▲”清楚标识；
2. 除配置外，技术参数原则上不建议用“★”（必须满足条款）标识。如商家认为确实有必

要用“★”标识的，需在该条参数后面备注说明理由，并提供3个能够满足该条款的品牌机型信息。 |
| 1、...2、...3、...4、.........配置清单：如：1、主机 1台2、治疗头 3个3、...... |
| 对应国产品牌的情况（进口产品须填） | **内容** | **进口产品** | **国产产品** |
| **参数** | 1、2、3、...... | 1、2、3、...... |
| **功能** |  |  |
| **应用场景** |  |  |
| 注意：进口产品需要列出国产和进口产品具体参数的对应区别，并进行分条对比。 |
| 设备专用耗材/易损件情况 | 耗材1： | 供货价： | 可 收 费□不可收费□ | 集采挂网□： |
| 耗材2： | 供货价： | 可 收 费□不可收费□  | 集采挂网□： |
| 耗材3、4... | 供货价： | 可 收 费□不可收费□  | 集采挂网□： |
| 易损件1： | 市场价： | 优惠价： |
| 易损件2： | 市场价： | 优惠价： |
| 易损件3、4... | 市场价： | 优惠价： |
| 设备使用期限： | 场地配置要求： |
| 整机质保期： | 能否提供备用机: 能□ 否□ |

备注：

1. 每个产品需完整填写一份《产品信息表表》，填写内容必须真实有效，不得谎报、瞒报，如参与调研的设备不涉及专用耗材和易损件的，可在该栏内填“无”。
2. 本信息表需准备一份word文档版本的拷贝到医院的指定电脑，请提前做好准备。

# 五、法定代表人授权书

石棉公立医院集团采购办：

本授权声明 ：（供应商名称）姓名： 职务： 身份证号： (法定代表人职务、身份证号)授权姓名： 职务： 身份证号： （被授权人姓名、职务、身份证号）为我方“”项目（项目编号：）需求调研活动的合法代表，以我方名义全权处理我公司在参加本项目需求调研中的一切事宜。

特此声明。

法定代表人签字：

被授权代表签字：

供 应 商 名称： （盖章）

日期：

注：如法定代表人亲自参与本次需求调研活动的不需要此授权书。

# 六、商务和服务应答承诺

由供应商自行列出，主要内容为售后服务的相关承诺、人员的培训措施、以及给予的其他各种优惠条件和增值服务等。