

大连市第五人民医院询价函

大连市第五人民医院前列腺超声治疗仪采购项目 询价函

各供应商：

大连市第五人民医院拟采购前列腺超声治疗仪一个，预算 4.0 万元。现诚意邀请贵公司对“大连市第五人民医院前列腺超声治疗仪采购项目”进行报价，报价超出采购预算的，视为无效。



一、采购需求

- 1.治疗仪波长范围：8-15 μm 。
- 2.治疗仪探头磁感应强度（工作磁场）： $\geq 150\text{mT}$ 。
- 3.静磁片磁感应强度： $\geq 120\text{mT}$ 。
- 4.振动级别：不少于两级（或两档震动频率）分别控制。
- 5.温控功能：38 $^{\circ}\text{C}$ -47 $^{\circ}\text{C}$ ，精度： $\pm 2.0^{\circ}\text{C}$ 。
- 6.定时功能（控时）：范围 20min-80min，误差 $\pm 25\%$ 。
- 7.超限时中断治疗方式：机器智能自动终止。

二、报价文件报送

若贵公司有意参加此次报价，请将报价文件密封后加盖单位公章，于 2020 年 11 月 11 日 24:00 前送至大连市第五人民医院（黄河路 890 号）机关综合楼（F 座）307 室（采购办），逾期者视为放弃。

三、报价须知

1.报价文件中应包含设备报价单、技术参数及采购需求响应表（详见附件）、营业执照、医疗器械注册证（不纳入医疗器械管理的除外）、生产厂家授权书、产品彩页（非必须）。

2.报价文件封面须注明投标项目名称，报价文件须注明联系人及联系方式，报价文件每页加盖公章并密封完好。

3.投标人登录国家企业信用信息公示系统，将投资人信息情况界面截图打印，一并放到报价文件中。

4.技术参数及采购需求响应表与产品彩页不一致时，以产品彩页为准。

5.未响应“★”的条款的投标文件为无效文件。

6.如果投标文件中的报价单的设备是医疗器械，设备的名称、型号、规格须与医疗器械注册证的名称、型号、规格保持一致，如二者不一致，则视为无效投标。

7.中标方合同中所签订的医疗设备标牌名称、规格、型号须与医疗器械注册证的名称、型号、规格保持一致；非医疗设备的名称、规格、型号须与设备标牌名称、型号、规格保持一致。因二者不一致导致的设备验收不通过的风险，由中标方承担。

四、确定中标及合同签订

本次采购以满足采购需求且报价最低的原则确定中标单位。

五、付款方式

货到安装、调试完毕并经我方最终验收合格后，供方在 15 个工作日内向我方开具全款增值税普通发票，我方在 30 个工作日内以（支票或电汇）方式向供方支付合同价款的百分之九十。本合同价款的百分

之十为质保金。质保期内供方所提供产品无任何质量问题的，我方于质保期满后 30 个工作日内无息支付给供方。

六、其它要求

1.货物质保期：壹年。

2.交货期：收到我方通知之日起个 30 工作日。

3.交货地点：我方指定地点。

4.质量标准：依据采购文件、本合同约定，如果双方对采购文件、本合同约定的质量标准产生分歧按照国家标准执行。

七、联系方式

名称：大连市第五人民医院采购办

联系人：蒲宽、张建鹏

联系电话：0411-84244322

地址：大连市第五人民医院（黄河路 890 号）机关综合楼（F 座）307 室（采购办）

附件：前列腺超声治疗仪技术参数及采购需求响应表



附件：

前列腺超声治疗仪技术参数及采购需求响应表

序号	技术参数	是否响应
1	治疗仪波长范围：8-15 μm 。	
2	治疗仪探头磁感应强度（工作磁场）： $\geq 150\text{mT}$ 。	
3	静磁片磁感应强度： $\geq 120\text{mT}$ 。	
4	振动级别：不少于两级（或两档震动频率）分别控制。	
5	温控功能：38 $^{\circ}\text{C}$ -47 $^{\circ}\text{C}$ ，精度： $\pm 2.0^{\circ}\text{C}$ 。	
6	定时功能（控时）：范围 20min-80min，误差 $\pm 25\%$ 。	
7	超限时中断治疗方式：机器智能自动终止。	