**十堰市茅箭区人民医院设备招标采购**

**邀请函**

根据《十堰市茅箭区人民医院设备采购管理办法》要求，我院现对检验科全自动化学发光免疫分析仪等设备及配套试剂进行邀请招标采购，欢供货商参加。

**一、投标开始时间：**2021年1月7日；

**二、投标文件接收截至时间：**2021年1月14日17:00前；

**三、投标文件接收部门：**茅箭区人民医院招标办；联系人:卢锦秀 8769120

**四、投标人要求：**

（1）完全符合《中华人民共和国政府采购法》第二十二条之规定。

（2）投标人应遵守《中华人民共和国招投标法》、《中华人民共和国政府采购法》、《中华人民共和国合同法》等相关法律法规。

**五、投标文件内容及要求：（所有复印件及相关文件须加盖公司公章）**

1.回函报价书；

2.设备、试剂清单表；

3.投标人的营业执照、《医疗器械经营许可证》、《二类医疗器械经营备案凭证》复印件；

4. 投标人的法人授权委托书，法人代表及项目负责人（被授权人）身份证复印件

5. 厂家的营业执照、《医疗器械生产许可证》复印件；

6. 产品的医疗器械注册证与登记表、检验报告、技术参数、质量认证等材料复印件；

7.产品彩页及其他相关资料文件；

8. 典型案例（业绩证明材料）；

9.其他文件（参照评分的相关要求）；

**10. 文件按以上顺序装订成册(正、副各一本)并密封（抽杆文件夹概不接受）。**

**六、投标须知：**

1. 仪器故障造成的损失和浪费由供货方负责；

2. 仪器维护保养、年检由供货方与厂家共同负责（免费）；

3.须提供开展工作必备配套电脑、打印机等设备设施；

4.须提供连接医院网络如LIS、HIS等相关设备设施；

5.须有相关技术维护、推广应用团队提供相关服务。

**七、采购要求：**

**1.试剂供应协议期：合同签订之日起至2022年10月；**

**2.采购内容：**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **编号** | **设备名称** | **单位** | **数量** | **其他** |
| 1 | 全自动发光分析仪 | 1 | 台 | 配套试剂 |
| 2 | 全自动生化分析仪 | 1 | 台 | 配套试剂 |
| 3 | 电解质分析仪 | 1 | 台 | 配套试剂 |

**3.配送要求：配套试剂及耗材保证3日内送货到位；**

**4. 试剂供应协议期内，由试剂供货商提供相应设备的维保服务；**

**5.设备参数要求：**

**（一）全自动发光分析仪招标参数**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **技术规格** | **参数要求** |
| 1 | 检测项目 | ≥70个，证件齐全 |
| 2 | 检测速度 | ≥180测试/小时 |
| 3 | 试剂位 | ≧25个,2-8℃不间断冷藏，仪器测试进行中支持试剂在线更换，试剂信息自动鉴别，集成式试剂，无需预处理，即开即用穿刺式，硅胶膜自封口。 |
| 4 | 样本 | 样本架随时连续进样，急诊优先 |
| 5 | 网络连接能力 | 能与医院LIS系统连接，双向数据通讯 |
| 6 | 耗材成本 | 试剂耗材成本≦35% |
| 7 | 拓展功能 | 能与自动生化分析仪组成流水线，优先考虑 |

**（二）全自动生化分析仪招标参数**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **技术规格** | **参数要求** |
| 1 | 适用范围 | 化学比色、电解质、药物检测 |
| 2 | 测试方法 | 终点法、固定时间法、动力学法、离子电极法等 |
| 3 | 适用样品 | 血清、血浆、尿液及脑脊液 |
| 4 | 分析速度 | 单/双试剂比色恒速800T/H |
| 5 | 同时分析项目 | ≥68个的测试项目 |
| 6 | 常规样本位 | 轨道和圆盘两种进样方式并存，一次性上样≥440个样本 |
| 7 | 样本位具备冷藏功能 | 具备，冷藏样本位≥20个 |
| 8 | 样本量 | 1.5～35μL，±0.1μl步进 |
| 9 | 试剂位 | ≥120个 |
| 10 | 支持多试剂检测 | 可支持3-4种试剂项目检测 |
| 11 | 冷藏试剂位 | 2～8℃冷藏 |
| 12 | 试剂加样量 | 20-300μl，0.5μl步进 |
| 13 | 样本针、试剂针处置 | 自动清洗、自检 |
| 14 | 搅拌针 | ≥3个，且无特氟隆凃层 |
| 15 | 比色杯温控 | 37℃±0.1℃ |
| 16 | 比色温度恒温装置 | 采用非水浴方式恒温，无需添加任何恒温液和抑菌剂等，有效降低维护和保养成本，反应温度控制在37℃±0.1℃ |
| 17 | 比色杯 | ≥165个,硬质玻璃杯或石英杯，光径5mm，自动8阶温水清洗。 |
| 18 | 光源 | 卤钨灯或氙灯 |
| 19 | 光源寿命 | ≥2000小时 |
| 20 | 光学检测系统 | 光栅式后分光 |
| 21 | 波长范围 | 340～800nm，≥12个检测波长点 |
| 22 | 波长点精度 | ±2nm |
| 23 | 吸光度线性范围 | ≥3.4A |
| 24 | 杂散光 | ≥4.8A |
| 25 | 反应总体积 | 100-360μl |
| 26 | 多波长检测功能 | 必需 |
| 27 | 紧急插入功能 | 必需 |
| 28 | 测试质量控制功能 | 具备 |
| 29 | 试剂在线装载功能 | 具备,(提供证明文件) |
| 30 | 反应时间 | ＞10min |
| 31 | 操作系统 | 17寸液晶触摸显示屏 |
| 32 | 酶线性拓展 | 具备 |
| 33 | 日、周、月的质控资料统计学分析、绘制图表 | 具备 |
| 34 | 清洗液 | 1种，无需使用抑菌剂 |
| 35 | 耗材成本 | 试剂耗材成本≦28% |
| 36 | 产品资质 | 同系列产品通过FDA和CE认证，提供证明文件 |
| 37 | 用户情况 | 同系列全自动生化分析仪在湖北省二甲以上医院用户≥10家，须提供装机名单 |
| 38 | 拓展功能 | 投标厂家具备生产单机每小时1600测试以上的模块化生化分析仪和化学发光免疫分析仪，支持生化和生化，生化和发光联机，信息化系统转换，满足单位未来发展需要，降低运营成本 |
| 39 | 售后服务 | 在湖北省有厂家售后服务中心，十堰地区有售后人员 |

**（三）电解质分析仪招标参数**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **技术规格** | **参数要求** |
| 1 | 适用范围 | 电解质 |
| 2 | 测试方法 | 离子选择性电极 |
| 3 | 适用样品 | 全血、全清、血浆、尿液及脑脊液 |
| 4 | 分析速度 | ≤25秒 |
| 5 | 同时分析项目 | ≥7个的测试项目 |
| 6 | 常规样本位 | 手动和圆盘两种进样方式并存，一次性上样≥20个样本 |

|  |
| --- |
| **茅箭区人民医院招标采购评分表(全自动发光分析仪采购项目)** |
| **项目** | **评审标准** | **得分** |
|
| 报价（30分） | **价格分采用低价优先法计算：** |  |
| 满足采购文件要求投标报价最低的供应商的价格为评标基准价（落实政府采购政策进行价格调整的，以调整后的价格计算），其价格分为满分。其他供应商的价格分统一按照下列公式计算： |
| **投标报价得分=(投标基准价（核算后）／投标报价（核算后）)×30%×100** |
| 技术响应 （35分） | **产品技术参数全部满足得35分**： |  |
| 标“\*”号重要技术参数有任何一项不满足扣5分，其他非“\*”号技术参数每有一项不满足扣2分，扣完为止。 |
| 备注：复制招标文件技术要求作为实际响应数据或投标响应数据无对应支持文件的，其技术响应将按负偏离处理。(对应支持文件为：检验报告、说明书、机器图片等) |
| 产品质量选型配置（5分） | **据供应商提供的产品质量、选型配置进行综合评审打分**： |  |
| 1、采购产品质量卓越、配置具有先进性、可靠性，在市场使用情况良好,无故障,使用寿命长的得5分； |
| 2、采购产品质量精细、配置具有可操作性，能够很快很容易的通过维护和维修排除故障，延长使用寿命的得3-4分； |
| 3、采购产品质量合格、配置不具有优势且需在一定时间、环境下才完成维修的得1-2分； |
| 4、采购产品在市场使用反馈中较差的则不得分； |
| 投标文件制作（5分） | **根据供应商制作的标书进行综合评审酌情打分**： |  |
| 1、编制内容科学合理，图文清晰，按页码顺序编制，方便评委翻阅的得5分； |
| 2、编制内容完整清晰，翻阅无障碍的得3分； |
| 3、编制内容满足招标文件基本需求的得2分； |
| 4、编制内容差则不得分。 |
| 类似业绩 （5分） | **供应商提供本地类似业绩合同书或中标通知书或其他相关材料复印件加盖公章**，不提供则不计分 |  |
| 质保期（10分） | **质保期在满足招标文件要求的基础上，每增加一年得5分，最高得10分。** |  |
| （须提供原厂售后服务承诺函，并加盖厂家公章） |
| 培训计划 (10分） | **根据供应商拟定的培训计划进行综合评审酌情打分**： |  |
| 1、免费进行设备到货后的安装调试及培训，培训计划及内容科学合理，供应商提供全部培训设备、场地、资料等支持，技术培训人员齐全，有责任心的得5分； |
| 2、免费进行设备到货后的安装调试及培训，培训计划及内容完整可实施，供应商提供部分培训设备、场地、资料等支持，具备相应技术培训人员的得3分； |
| 3、未提供培训计划及内容或培训计划及内容较差的则不得分； |
| **总分（100分）** | **综合各项得分汇总** |  |

 以下有提供的附件按其格式填写，未提供的附件可参照评分标准自行编写，格式自拟。

附件一：

 **招标采购回函报价书**

十堰市茅箭区人民医院：

在认真阅读“茅箭区人民医院设备招标采购邀请函”，对贵单位的需求充分了解后，我公司报价如下：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **编号** | **设备名称** | **单位** | **数量** | **厂家/品牌** | **规格型号** | **报价（元）** | **交货期** | **服务期及其他说明** | **备注** |
| **1** | **全自动发光分析仪** | 台 | 1 |  |  |  |  |  | 　 |
| **全自动发光分析仪配套试剂** | **单位** | **数量** | **试剂品牌** | **试剂生产厂家** | **单价（元/人份）** | **试剂注册证号** | **试剂详细规格** | **备注** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| 备注：1.本报价回函需标明洗液和其他服务收费情况，未标明视为免费项目；2.设备报价不得超过预算价。 |

我公司承诺提供如下质量保证并承担相应的法律责任：

1. 提供的医疗设备是全新、具有生产厂家质量合格证和国家有关质量检测部门检测合格、手续齐全且合法的产品。
2. 提供的医疗设备是符合询价函规定的质量、规格和要求的；

供应商名称(盖章)：

法定代表人(签字并盖章)：

联系电话：

年 月 日

附件二：

 **招标采购回函报价书**

十堰市茅箭区人民医院：

在认真阅读“茅箭区人民医院设备招标采购邀请函”，对贵单位的需求充分了解后，我公司报价如下：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **编号** | **设备名称** | **单位** | **数量** | **厂家/品牌** | **规格型号** | **报价（元）** | **交货期** | **服务期及其他说明** | **备注** |
| **2** | **全自动生化分析仪** | 台 | 1 |  |  |  |  |  | 　 |
| **全自动生化分析仪配套试剂** | **单位** | **数量** | **试剂品牌** | **试剂生产厂家** | **单价（元/人份）** | **试剂注册证号** | **试剂详细规格** | **备注** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| 备注：1.本报价回函需标明洗液和其他服务收费情况，未标明视为免费项目；2.设备报价不得超过预算价。 |

我公司承诺提供如下质量保证并承担相应的法律责任：

1. 提供的医疗设备是全新、具有生产厂家质量合格证和国家有关质量检测部门检测合格、手续齐全且合法的产品。
2. 提供的医疗设备是符合询价函规定的质量、规格和要求的；

供应商名称(盖章)：

法定代表人(签字并盖章)：

联系电话：

年 月 日

附件三：

 **招标采购回函报价书**

十堰市茅箭区人民医院：

在认真阅读“茅箭区人民医院设备招标采购邀请函”，对贵单位的需求充分了解后，我公司报价如下：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **编号** | **设备名称** | **单位** | **数量** | **厂家/品牌** | **规格型号** | **报价（元）** | **交货期** | **服务期及其他说明** | **备注** |
| **3** | **电解质分析仪** | 台 | 1 |  |  |  |  |  | 　 |
| **电解质分析仪配套试剂** | **单位** | **数量** | **试剂品牌** | **试剂生产厂家** | **单价（元/人份）** | **试剂注册证号** | **试剂详细规格** | **备注** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| 备注：1.本报价回函需标明洗液和其他服务收费情况，未标明视为免费项目；2.设备报价不得超过预算价。 |

我公司承诺提供如下质量保证并承担相应的法律责任：

1. 提供的医疗设备是全新、具有生产厂家质量合格证和国家有关质量检测部门检测合格、手续齐全且合法的产品。
2. 提供的医疗设备是符合询价函规定的质量、规格和要求的；

供应商名称(盖章)：

法定代表人(签字并盖章)：

联系电话：

年 月 日

附件四：

**设备、试剂清单表**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **设备名称** | **数量** | **品牌型号** | **生产厂家** | **注册证号** | **备注** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

附件五：

**供应商基本情况表**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 供应商名称 |  | 经营场所面积 |  |
| 地址 |  | 法定代表人 |  |
| 成立时间 |  | 注册资金 |  |
| 经营范围 |  |
| 近三年的奖励情况 |  |
| 近三年在招标采购及行业采购活动中是否有违法、违约记录 |  |
| 近三年是否有受到行业协会处罚或存在争议事项说明 |  |
| 近三年所承担的项目是否出现过重大事故 |  |

注：如有奖励、处罚等情况须在此表后附相应证明材料复印件（加盖单位公章）。

供应商名称（公章）：

授权代表（签字）：

日期：年月日

附件六：

 **无重大违法记录声明**

茅箭区人民医院：

我方在此声明，我方在参加本次采购活动前三年内，在经营活动中没有以下重大违法记录：

1.我方因违法经营被追究过刑事责任；

2.我方因违法经营被责令停产停业、吊销许可证或者执照；

3.我方因违法经营被处以较大数额罚款等行政处罚。

随本声明附上我方参加本次采购活动前3年内发生的诉讼及仲裁情况表以及相关的法律证明文件供贵方核验。我方保证上述信息的完整、客观、真实、准确，并愿意承担我方因提供虚假材料谋骗取中标、成交所引起的一切法律后果。

特此声明！

供应商名称（公章）：

授权代表（签字）：

日期：年月日

附件七：

**类似业绩证明材料**

**类似项目业绩一览表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 项目名称 | 业主单位名称 | 供货内容 | 合同金额 | 业主单位联系人姓名 | 联系电话 | 备注 |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |
| ... |  |  |  |  |  |  |  |

说明：

1、每个项目业绩需提供合同书或中标（成交）通知书复印件加盖供应商公章，否则不计入得分。经查实存在虚假信息（业主单位联系人与实际不符或合同金额不符等）的将被取消磋商资格。

2、项目内容请详细说明所承担的具体工作内容。

供应商名称（公章）：

授权代表（签字）：

日期：年月日