江津区第二人民医院

采购公告——2025年医学装备第三批

（第二次）

一、项目名称

项目名称：2025年医学装备第三批

二、项目内容

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 设备一览表 | | | | | |
| **包号** | **设备名称** | **项目内容及配置要求** | **最高限价**  **（万元/台）** | **采购数量（台）** | **需求科室** |
| 2 | 荧光免疫分析仪 | 能快速完成床旁肌钙蛋白及D二聚体等的检测（抽血到出检测结果的时间在20分钟内） | 0.5 | 2 | 急诊科、心血管内科 |
| 3 | 病人监护仪 | 可用于院外（救护车）或院内病人转运过程中监护。适用于成人、小儿的监测。可同时监测心电、呼吸、心率、无创血压、血氧饱和度、脉搏、体温、有创血压等。能够良好抗干扰。采用可更换内置锂电池供电，电池连续工作时间（非待机）不小于5小时。内置DC电源接口，可以进行车载充电。 | 1 | 2 | 急诊科、麻醉科 |
| 4 | 超声刀 | 主要用于普外科、妇产科、胸外科、泌尿科、消化科等开放及腔镜手术中的切割与止血。应具有配置齐全、性能稳定、操作简便安全，并具有良好的升级能力设计。 | 5 | 1 | 麻醉科 |
| 5 | 动态血压监测仪 | 24小时血压检测 | 1.5 | 2 | 心血管内科 |
| 动态心电图工作站 | 24小时动态心电图检查。 | 0.9 | 5 |
| 心电工作站采集器 | 主要用于床旁检查。 | 1.55 | 5 |
| 7 | 便携式睡眠呼吸监测仪 | 适用于睡眠呼吸暂停低通气综合征（SAHS），用于睡眠呼吸监测，血氧监测，对睡眠呼吸暂停低通气综合征（SAHS）分型，进行睡眠方面评估，可以对睡眠分期，睡眠潜伏期，睡眠效率，睡眠质量等准确判断。 | 7 | 1 | 神经系统疾病科 |
| 8 | 持续正压通气呼吸机 | 具备多种模式（CPAP\AUTOCPAP\AutoCPAPForHer）以满足各种阻塞性睡眠呼吸障碍患者的治疗需要，设备运行噪音低于25分贝，加热管路，智能温控系统，远程管理医生端可远程查看数据，院外7天数据自动上传至医院端。 | 1 | 1 | 神经系统疾病科 |

三、采购方式：院内阳光推介议价采购

报价方式：二次报价

四、参与人资格要求：

（1）具有独立承担民事责任的能力；

（2）具有良好的商业信誉和健全的财务会计制度；

（3）具有履行合同所必需的设备和专业技术能力；

（4）有依法缴纳税收和社会保障资金的良好记录；

（5）参加政府采购活动前三年内，在经营活动中没有重大违法记录；

（6）法律、行政法规规定的其他条件。

五、相关要求

（一）资料递交：2025年9月2日-2025年9月9日17:00（非工作时间不接受资料提交）

1.《供应商代表阳光推介预约登记表》（附件1）；

2.产品资料（包括且不限于）：

（1）产品配置清单；

（2）产品技术参数；

（3）易损件及主要零配件的品牌、规格型号及报价；

（4）服务承诺；

（5）若该设备涉及耗材、试剂，需要提供耗材、试剂的报价明细表（附件2）。

3.资质材料（包括且不限于）：

（1）经销商资质（营业执照、经营许可证）；

（2）生产厂家资质（营业执照、生产许可证）；

（3）产品资质（注册证及附件、备案凭证等）；

（4）授权资料（法定代表人及递交人的身份证复印件、法定代表人对资料递交人的授权委托书、生产企业对代理经销商的授权书）。

4.价格相关材料：同品牌型号产品本公告公开之日起往前两年内在公立医院签订的购销合同。

（二）所有资料按顺序制成PDF电子版（需加盖公章）发QQ邮箱：1252639389@qq.com，邮件命名要求：参与项目名称+公司名称+联系人+电话，纸质版（接通知后现场交），需加盖公章。

（三）现场报名地点：重庆市江津区第二人民医院采购办（江津区白沙镇增光大道333号）

（四）需要勘查现场的，自行前往，联系部门：医学装备科。

（五）监督电话：023-47340086（纪委办公室）

（六）报名咨询联系方式

联系人：杨老师      联系电话：023-47330200

六、纪律要求

各供应商应严格遵守诚信、廉洁纪律，否则按照医院《供应商不良信用“黑名单”管理制度(试行)》列入我院供应商黑名单，有违法行为的将移交司法机关处理。

附件：1.《供应商代表阳光推介预约登记表》

2.耗材报价明细表

                                       重庆市江津区第二人民医院

2025年9月2日

附件1

供应商代表阳光推介预约登记表

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **单位名称** |  | | |
| **代表姓名** |  | **性别** |  |
| **身份证号** |  | **手机号** |  |
| **是否与医院**  **有往来合作** | **是** | **合作项目** |  |
| **合作时间** |  |
| **否** |  |  |
| **推荐类别** | 耗材 试剂 药品 设备 服务 其他 | | |
| **产品或项目名称** |  | | |
| **产品介绍** | **注册名称** |  | |
| **注册证号（备案号）** |  | |
| **生产厂家（品牌）** |  | |
| **规格型号** |  | |
| **数量（台/套）** |  | |
| **综合单价（万元）** |  | |
| **总价（万元）** |  | |
| **主要性能** |  | | |
| **质保年限** |  | **使用年限** |  |
| **备用机** | 有  无 | **后期维保及费用** |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **附件2**  耗材报价明细表 | | | | | | | | | | | | |
| **序号** | **耗材名称** | **注册证号** | **生产厂家** | **规格型号** | **包装规格** | **最小发货量** | **单价（元）** | **产品效期** | **国家医保码** | **药交所平台编码** | **医保报销类别** | **备注** |
| 1 | 痰样本稀释液 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 | 粪便样本稀释液 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 | 样本稀释液 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 | 全自动微生物样本处理系统（样本杯） |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 | 全自动微生物样本处理系统（自动接种装载器） |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 | 改良淋病奈瑟菌选择性琼脂培养基 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 7 | 哥伦比亚血琼脂培养基 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 8 | 麦康凯琼脂培养基 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 9 | 念珠菌显色琼脂培养基 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 10 | 沙保罗琼脂培养基 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 11 | 嗜血杆菌巧克力琼脂选择培养基 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 12 | SS琼脂培养基 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

备注：设备配套试剂耗材包括以上但不限于以上耗材，且耗材名称可不一致，功能一致即可。