福建省肿瘤医院采购项目综合需求调研

（设备科）

第一部分 须知前附表

|  |  |
| --- | --- |
| **序号** | **主 要 内 容** |
| 1 | **项目名称：**麻醉科德尔格麻醉机设备维保服务综合调研公告 |
| 2 | 调研报名时间： 2024年8月30日至9月6日 (节假日除外)8：00-12：00或14：30-17：30(北京时间）  调研会时间：2024年9月12日下午15点00分  上述时间、地点如有变动，以单位届时通知为准 |
| 3 | 文件正本 1 份，副本 2 份。 胶装并密封加盖投标人公章。文件未胶装将视为无效。 |
| 4 | 报名、综合调研纸质文件递交处： 福建省肿瘤医院  报名回执、报名文件、联系人医社保或缴税证明材料等电子材料发送邮箱fjzlsbk@fjzlhospital.com |
| 5 | 上述时间、地点如有变动，以我院届时通知为准。 |
| 6 | 在采购报名、采购调研等采购过程中有任何异议，可联系我院监督科室。电话：83660063-8407；83660063-8405。 |

地 址： 福建省福州市福马路420号省肿瘤医院设备科

（六意超市楼上三楼）

邮 编： 350014

报名联系电话：0591-62752532 何

第二部分 具体要求

一、采购内容

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 合同包 | 名 称 | 数量 | 预算（万元） |
| （一） | 德尔格麻醉机设备维保服务  （数量19台，设备清单见附件） | 2年 | 69 |

1. 技术功能及服务要求

合同包（一）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 序号 | 项目 | 技术参数要求 |
| 1 | 德尔格麻醉机设备维保服务 | 1、项目要求：德尔格麻醉机人工及备件全保保修。  2、项目范围：德尔格麻醉机（数量19台，设备清单见附件）及所有备件  3、总体要求：在保修期内保证设备正常使用及运转，定期完成保养工作，必须保证更换的零部件与原有设备完全相兼容。  4、实施地点：福建省肿瘤医院。  5、实施时间：两年。  6、在国内设有长期稳定的服务机构。在国内有专业的维修工程师，并注明国内维修工程师的名录、联系方式，提供工程师通过原厂维修培训所获证书复印件，原件备查。  7、要求配套工程师安装和维修过同类机器。  8、服务类型要求：定期巡检、远程服务（电话支持）、现场服务、安全检测保养。  9、必须具备客户服务专线电话，每年365天开通，并有专人接听。  10、指定有资质的工程师负责所参保麻醉机的维修工作，且保证提供全天候24小时×7天电话支持，2小时内工程师电话回复报修，24小时现场服务响应时间。在配件齐备的情况下，保证5个工作日内完成维修。  11、按照原厂安全检测标准保养检测，指定有资质的工程师为参保设备每6个月提供1次定期巡检，含保养件保养次数≥1次，并提交质控报告给医院备档。  12、升级：保修期内免费提供设备的系统软件及硬件的安全性改版升级和技术支持，并保证所有系统软件为最新版本，保证运行稳定及安全。  13、须接受设备现状并对其进行维保。  14、保证设备开机率达到95%以上。开机率计算公式：（365-故障天数）/365，如未达到95%的开机率，每低1%，合同期限相应延长5个日历日。  15、列出其它相关优惠政策 |

三、其他要求

四、调研说明

报名参加本次调研的供应商、厂家需提供如下相关资料。

1、报名请携带加盖公章的项目文件回执单1张，报名文件胶装1份（包含但不限于营业执照复印件、公司简介、设备彩页、三证、参与项目调研供应商代表的个人授权函、身份证复印件、近半年医社保或缴税证明材料等相关材料），交到福建省肿瘤医院设备科。同时电子版报名材料发送至fjzlsbk@fjzlhospital.com邮箱。

2、论证会时提交相关材料胶装1正2副。内容包含但不限于：报名文件所含内容及以下所提及内容。

3、分别提供“信用中国”网站（www.creditchina.gov.cn）、“中国政府采购网”网站（http://www.ccgp.gov.cn/search/cr/）信用记录查询截图，无不良记录并加盖公章（截图查询日期必须在该公告日期内）。

4、提供业绩清单及近三年省内同类设备的中标书（若有）。

5、提供设备所需的全部耗材价格及易耗品价格，并说明单次使用耗材价，易耗品需说明更换周期。（如无耗材或易耗品请注明）

6、提供能体现设备使用年限的有效证明，如设备铭牌等。

7、论证意向方报价应包含所采购设备的制造、包装、运输、装卸、保险、安装施工、调试、验收、人员培训、检验、税金等一切费用。

8、提供参数对比数据表

9、以上所提供设备配置为参考数据，如有偏离，可对偏离予以说明，理由充分合理的，予以采纳。

**项目文件回执单**

请有意向参与的公司在项目公示期内携带回执单、报名文件至福建省肿瘤医院设备科报名。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 项目名称 | 数量 | 品牌及型号 |
| 1 |  |  |  |

公司名称：

联系人：

联系电话：

公司盖章：

　　　　　　　　　　　　 　　　　 年　 月　 日

**德尔格麻醉机设备维保服务设备清单：**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 序号 | 型号 | 编号 |
| 1 | Fabius Plus | USAJ-1014 |
| 2 | Fabius Plus | USAJ-1015 |
| 3 | Fabius Plus | USKB-0020 |
| 4 | Fabius Plus | USKB-0023 |
| 5 | Fabius Plus XL | USHC-0007 |
| 6 | Fabius Plus XL | USEM-0054 |
| 7 | Fabius Plus XL | USKB-0004 |
| 8 | Fabius Plus XL | USKB-0013 |
| 9 | Fabius GS | ARUD-0010 |
| 10 | Fabius GS | ARWJ-0108 |
| 11 | FabiusGS premium | ASFM-0212 |
| 12 | FabiusGS premium | ASHB-0170 |
| 13 | FabiusGS premium | ASHB-0171 |
| 14 | FabiusGS premium | ASHB-0172 |
| 15 | FabiusGS premium | ASHB-0173 |
| 16 | Primus | ASAL-0084 |
| 17 | Primus | ASCB-0319 |
| 18 | Primus | ASCB-0352 |
| 19 | Primus | ASKE-0039 |