**拟购红蓝光治疗仪项目初步参数论证征集意见表**

供应商、联系人及电话（加盖公章）：

产品品牌、规格型号、产地、医疗器械注册证号及最低报价：

**备注：**

1、按要求格式填写并每页加盖报名供应商公章【电子章无效】，在规定时间内以**原件扫描件和电子版形式**发送至医院指定邮箱（招标办：2523245199@qq.com和归口科室【设备科□、信息科□、总务科□及其他□ 】： ）；

2、响应情况（是/否）若为否则继续填写具体建议修改意见，建议修改意见须提供相应证明材料（证明材料须为政府主管部门及其下属机构出具的检测报告，无证明材料则不予采纳；建议修改意见原则上须满足业界主流品牌同档次水平产品且不得为独家），**同时务必备注本品牌本规格型号产品相对应的真实指标并标注是否为独家（供医院汇总定稿版参数时选择）；**

1. 院方根据各潜在供应商提供的配套耗材和须定期更换零部件的报价清单(须同步提供近2年内至少3家二级及以上医院发票原件扫描件和入库清单【遮挡无效】)进行设置相关报价限价，若潜在供应商均未提供报价清单（含发票原件扫描件和入库清单）则视同本项目无耗材和须定期更换零部件。

**4、杜绝两现象：**一是整机保修3年，保修范围不包含须定期更换零部件，须定期更换零部件报价清单如下...；二是将须定期更换零部件变为耗材，恶意降低货物价格，提高耗材价（或直接提高耗材报价）。

**附件：配套耗材、试剂【单人次费用】及须定期更换零部件报价清单（样表【若无则标注“无”且不可删除】、可单列）**

**拟购项目初步参数结构如下：**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **本项目初步参数拟设置情况** | **响应情况** | **建议修改指标** | **备注（真实指标、是否独家）** |
| **序号** | **参数名称** | **初步参数设置情况** |
|  |  | 1. **技术参数：**
 |  |  |  |
|  |  | 该产品主要适用于消炎、镇痛、促进血液循环、加速伤口愈合，及对痤疮的辅助治疗。 |  |  |  |
|  |  | 光源聚光设计：菲涅尔聚光技术； |  |  |  |
|  |  | 半导体固态光源（点阵集成式芯片）；光功率密度≥1200mw/cm²； |  |  |  |
|  |  | 红光中心波长为：625±10nm；蓝光中心波长为：465±10nm；(附食品药品监督管理局检测报告证明材料) |  |  |  |
|  |  | 功率调节方式，1~5级能量可调； |  |  |  |
|  |  | 治疗头温度，仪器在正常工作时，治疗头外壳表面温度不超过41℃；(附食品药品监督管理局检测报告证明材料) |  |  |  |
|  |  | 光源稳定工作后，其光功率变化率为±1%；(附食品药品监督管理局检测报告证明材料) |  |  |  |
|  |  | 光源稳定工作后，有效红光辐照度的均匀性＞0.4；(附食品药品监督管理局检测报告证明材料) |  |  |  |
|  |  | 定时设置，0～99 分钟连续可调； |  |  |  |
|  |  | 最大治疗半径＞500mm，最大功耗300W，灯头照射角度360°可旋转； |  |  |  |
|  |  | 可按照医保报销目录进行收费，且收费名称与设备名称一致；按照红光、蓝光治疗收费； |  |  |  |
|  |  | 须要提供两份三甲医院的临床报告； |  |  |  |
|  |  | 液晶屏显示，触摸操作，手动操作； |  |  |  |
|  |  | 产品售后服务：省内设有厂家办事处，同时驻有售后维修人员，并且开通400服务热线和售后专线。 |  |  |  |
|  |  | 主机一台 |  |  |  |
|  |  | 支架及治疗头一套 |  |  |  |
|  |  | 电源线、地线、保险丝一套 |  |  |  |
|  |  | 灯罩、眼镜、眼罩一套 |  |  |  |
|  |  | 产品三证、服务卡、说明书一套 |  |  |  |
|  |  | 售后服务要求：整机免费保修三年（含所有零部件，包括须定期更换零部件） |  |  |  |
|  |  | 提供近3年内同机型设备国内医院用户合同5家及以上，标书内提供清晰的合同原件扫描件并加盖公章（遮盖认定为无效业绩） |  |  |  |

附：

 表一：相关配置清单（样表，可单列且加盖公章）

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 耗材使用学科 | 名称 | 品牌规格型号 | 价格（元/个） | 是否开放 | 备注 |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

表二：配套耗材报价清单（样表，可单列且加盖公章）

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 耗材使用学科 | 名称 | 品牌规格型号 | 价格（元/个） | 是否开放 | **经消毒合格后建议使用次数** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

表三：配套试剂【单人次费用】报价清单（样表，可单列且加盖公章）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 名称 | 品牌规格型号 | 价格（元/个） | 是否开放 | 备注 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

表四：须定期更换零部件报价清单（样表，可单列且加盖公章）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 须定期更换零部件 | 品牌规格型号 | 价格（元/个） | 是否开放 | 备注 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |