附件1：

大邑县妇女儿童医院（大邑县妇幼保健院）

产后康复治疗仪、成人熏蒸床等医疗设备采购项目清单

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 调研项目名称 | 数量 | 单位 | 设备需求 |
| 1 | 艾灸仪 |  |  | 1. 品牌：国产品牌；   2、艾灸仪作用于眼部，外观类似于眼罩设计。  3、采用感应式触摸开关控制，方便临床操作；  4、艾灸仪适合于儿童眼部疾病治疗和保健治疗，如近视、弱视、闪光、视疲劳等；自带眼部按摩功能。  5、温度、时间在规定范围内自由设定；  6、治疗有不同的挡位，可灵活选择；  7、具有故障自动检测功能，并显示故障代码，同时在故障时及时发出提示音，安全可靠；  8、能自动控温，避免局部烫伤。 |
| 2 | 产后康复治疗仪 | 1 | 台 | 1、品牌：国产品牌；  2、腰腹臀部塑性、催乳、通乳、子宫复旧、人流术后镇痛、等功能。 |
| 3 | 成人熏蒸床 | 1 | 台 | 1、品牌：国产品牌；  2、采用LCD显示屏，设定参数、实时数据数码显示，直观明了；  3、采用感应式触摸开关控制，方便临床操作；  4、熏蒸区域根据人体工程学的结构合理设计，可灵活选择颈部、肩部、腰部、腿部（整个督脉）进行治疗；  5、温度、时间在规定范围内自由设定；  6、外置式加药液，既能起到过滤作用又能保证加药的安全；  7、采用电控加药，换药、清洗方便；  8、治疗有不同的挡位，可灵活选择；  9、设备具有两种独立的超温保护装置；  10、床体采用医用级亚克力材质，一次性成型，光滑美观；  11、具有故障自动检测功能，并显示故障代码，同时在故障时及时发出提示音，安全可靠；  12、具有中药蒸汽输出的送风装置，能有效的均衡药蒸汽温度避免局部烫伤。 |
| 4 | 儿童熏蒸床 | 1 | 台 | 1、品牌：国产品牌；  2、采用LCD显示屏，设定参数、实时数据数码显示，直观明了；  3、采用感应式触摸开关控制，方便临床操作；  4、熏蒸区域根据儿童人体工程学的结构合理设计，可灵活选择颈部、肩部、腰部、腿部（整个督脉）进行治疗；  5、温度、时间在规定范围内自由设定；  6、外置式加药液，既能起到过滤作用又能保证加药的安全；  7、采用电控加药，换药、清洗方便；  8、治疗有不同的挡位，可灵活选择；  9、设备具有两种独立的超温保护装置；  10、床体采用医用级亚克力材质，一次性成型，光滑美观；  11、具有故障自动检测功能，并显示故障代码，同时在故障时及时发出提示音，安全可靠；  12、具有中药蒸汽输出的送风装置，能有效的均衡药蒸汽温度避免局部烫伤。 |
| 5 | 眼部熏蒸仪 | 1 | 台 | 1、品牌：国产品牌；  2、采用LCD显示屏，设定参数、实时数据数码显示，直观明了；可移动。  3、采用感应式触摸开关控制，方便临床操作；  4、熏蒸仪适合于儿童眼部疾病治疗和保健治疗，如近视、弱视、闪光、视疲劳等，双头设计；  5、温度、时间在规定范围内自由设定；  6、外置式加药液，既能起到过滤作用又能保证加药的安全；  7、采用电控加药，换药、清洗方便；  8、治疗有不同的挡位，可灵活选择；  9、具有故障自动检测功能，并显示故障代码，同时在故障时及时发出提示音，安全可靠；  10、具有中药蒸汽输出的送风装置，能有效的均衡药蒸汽温度避免局部烫伤。 |

附件2：

**大邑县妇女儿童医院（大邑县妇幼保健院）医疗设备采购市场**

**调研报名表**

产品序号：

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 一、报名供应商信息 | 公司名称 |  | | | | | |
| 公司类别 | □设备生产厂家 □总代理商 □其他 | | | | | |
| 委托代理人 |  | | 联系电话 | |  | |
| 二、推荐设备信息 | 注册证名称 |  | | | | | |
| 注册证号 |  | | | | | |
| 生产企业 |  | | | | | |
| 生产企业规模 | □大型 □中型 □小型 □微型 | | | | | |
| 推荐型号 |  | | | 铭牌标注使用年限 | |  |
| 可开展的医疗服务项目 |  | | | | | |
| 成都市收费情况（编码及价格） |  | | | | | |
| 推荐配置（主要配置清单）及报价 | 名称 | 规格/型号 | 数量 | 单价（万元） | 备注 | |
|  |  |  |  |  | |
|  |  |  |  |  | |
|  |  |  |  |  | |
|  |  |  |  |  | |
|  |  |  |  |  | |
| 合计报价： 万元 | | | | | |
| 是否有可选配功能或配件情况：□无 □有 | 功能/配件名称 | | 价格（万元） | | 备注 | |
|  | |  | |  | |
|  | |  | |  | |
|  | |  | |  | |
| 三、进口产品情况（国产不填此项） | 目前国产有无同类产品 | □无 □有，例如：（品牌及型号 ） | | | | | |
| 优于国产同类型设备性能指标（该指标对临床有何实际价值） | （国产不填此项） | | | | | |
| 四、是否需要配套使用耗材（行数不够，可自行增加）： □是 □否 | 注册证名称 | 生产企业 | 规格\型号 | 注册证号 | 是否挂网 | 执行单价（元） | 是否专机专用 |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| 五、有无易损件、消耗性配件：  □有 □无 | 类别 | | 名称 | 生产企业 | 规格\型号 | 执行单价（元） | 是否专机专用 |
| □易损件 □消耗性配件 | |  |  |  |  |  |
| □易损件 □消耗性配件 | |  |  |  |  |  |
| □易损件 □消耗性配件 | |  |  |  |  |  |
| □易损件 □消耗性配件 | |  |  |  |  |  |
| □易损件 □消耗性配件 | |  |  |  |  |  |
| 六、同型号设备成都市三级医院用户情况 | 医院名称 | 采购时间 | 采购价格（万元） | 与本次推荐配置区别 | | | |
|  |  |  |  | | | |
|  |  |  |  | | | |
|  |  |  |  | | | |
| 七、消毒灭菌 | 设备或部件使用过程是否需要消毒灭菌 | | 具体部位 | | 消毒方式 | | |
|  | |  | |  | | |
| 八、售后服务 | 成都市驻地维修工程师人数 | 维修响应时间 | 能否提供备用机 | 质保期 | 质保期结束后技术保费用（万元/年） | 质保期结束后全保费用（万元/年） | 备注 |
|  |  |  |  |  |  |  |
| 八、详细技术参数与性能指标 |  | | | | | | |
| 九、其他需要说明情况 |  | | | | | | |
| 十、承诺 | 我公司对本次大邑县妇女儿童医院（大邑县妇幼保健院）组织开展的医疗设备市场调研活动提供的上述内容以及相应资料都是真实、有效、合法的。如经查实上述承诺的内容事项存在虚假，我单位愿意承担相应法律责任。  公司名称（盖鲜章）：  法定代表人或授权代理人（签字）：  签署日期： 年 月 日 | | | | | | |
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|

附件3

**法定代表人授权委托书**

大邑县妇女儿童医院（大邑县妇幼保健院）：

我公司法定代表人 授权委托 为我公司代理人，以本公司的名义参加贵院本次调研活动，该委托代理人在本次调研过程中所签署的一切文件及处理与之有关的一切事务，本公司均予以承认并承担全部法律责任，被授权人无转委托权。

特此委托！

法定代表人签名：

被授权人签名： 联系电话：

被授权人身份证号码：

委托公司名称（鲜章）：

签署时间： 年 月 日

被授权人身份证复印件（正反面）

法定代表（授权人）身份证复印件（正反面）