**泸西县中医医院皮肤科面部皮肤注射泵、多功能电离子手术治疗机采购项目**

**采购文件**

**项目编号：lxxzyyysb-2023-0007**

**采 购 人：泸西县中医医院**

**泸西县中医医院皮肤科面部皮肤注射泵、多功能电离子手术治疗机采购项目**

一、项目基本情况

项目编号：**lxxzyyysb-2023-0007**

项目名称：泸西县中医医院皮肤科面部皮肤注射泵、多功能电离子手术治疗机采购项目

预算金额：面部皮肤注射泵：47000.00元,多功能电离子手术治疗机:2000.00元。

采购需求：面部皮肤注射泵1台，多功能电离子手术治疗机1台。如需使用配件请自行整理报价，具体参数详见采购文件。

合同履行期限：自合同签订之日起30天内完成；

本项目不接受联合体投标。

二、申请人的资格要求：

1.满足《中华人民共和国政府采购法》第二十二条规定；

2.落实政府采购政策需满足的资格要求：节约能源、保护环境、扶持不发达地区和少数民族地区、促进中小企业发展等政府采购政策。

3.本项目的特定资格要求：

3.1 报价方营业执照 （三证合一）（复印件加盖公章）；

3.2 法定代表人授权书（原件）；

3.3 生产厂家资质；

3.4 本项目不接受联合体投标，以上资格条件必须同时具备。

三、提交响应文件截止时间及方式

2023年3月14日前，将响应文件盖章扫码后发送至邮箱（lxxzyyy120@163.com）或邮寄泸西县中医医院采购办。

四、公告期限

自本公告发布之日起5个工作日。

五、其他补充事宜

本次采购公告在泸西县中医医院官网（<http://www.lxxzyyy.com/xinwenzhongxin/zbcg/>）上发布。

六、对本次采购提出询问，请按以下方式联系。

采购人信息

名 称：泸西县中医医院

地址：泸西县中枢镇文秀路

联系方式：0873-6621879

1. 响应文件格式（由报价方填写）

（一）报价表

|  |  |
| --- | --- |
| 项 目 | 内 容 |
| 报 价 | 小写： 大写： |
| 合同履行期限 | 自合同签订之日起\_\_日内完成 |

申请人： （盖单位公章）

法定代表人或委托代理人： （签字或盖章）

联系方式：

填表时间： 年 月 日

1. 法定代表人身份证明书

申请人名称：

单位性质：

成立时间： 年 月 日

经营期限：

姓名： 性别： 年龄： 职务：

系 （申请人名称） 的法定代表人。

特此证明。

附：法定代表人身份证

申请人： （盖单位公章）

年 月 日

1. 授权委托书

本人 （姓名） 系 （申请人名称） 的法定代表人，现委托 （姓名） 为我方代理人。代理人根据授权，以我方名义签署、澄清、递交、撤回、修改 （项目名称） 响应文件，其法律后果由我方承担。

委托期限： 。

代理人无转委托权。

附：授权委托代理人身份证

申请人： （盖单位公章）

法定代表人： （签字或盖章）

身份证号码：

委托代理人： （签字或盖章）

身份证号码：

年 月 日

（四）采购需求

**一**、**面部皮肤注射泵**

**※1.注入量预置范围：0.0044～0.5ml。**

**※2.输注量误差：<±3%。**

**※3.负压强度：10档（0-75 Kpa）（**负压过大会造成皮肤淤青）

**※4.负压暂停时间：误差<±0.3s**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1档 | 2档 | 3档 | 4档 | 5档 | 6档 |
| 0.5s | 1s | 1.5s | 2s | 2.5s | 3s |

**※5.国际IF认证**

**※6.脚踏板开关寿命：≥30000次。**

**※7.符合GB 9706.27-2005医用电气设备 第2-24部分 输液泵和输液控制器安全专用要求**

**8.断电报警：**(提醒网电源突然断电的报警)

**9.阻塞报警：**(提醒微针针头堵塞无法出药或药剂注射完毕)

**10.负压不足报警：(**设备管路脱落、管路破损漏气、未接好手柄,微针针头未贴近皮肤的提醒)

**※11.符合YY0709-2009医用电气设备 第1-8部分 安全通用要求 并列标准：通用要求**

**12.配制存储：4个存储空间(存储4个常用治疗设置参数)。**

13.单点注射速度：误差<±10%

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 速度档位 | 非常慢速 | 慢速 | 中速 | 快速 | 非常快速 |
| 推进速度  mm/s | 1.5 | 2 | 2.5 | 3.0 | 3.5 |

14.针剂选择（针剂剂量/注射器型号）：9个选择档位(0.8/1、1/2、2/2、2/3、2.5/3、3/3、3/5、4/5、5/5，)

15.注射模式：自动感应（自动传感），自动脚踏（单次触发），连续脚踏（人控连续推注）。

16.注射次数：10发～180发，步进为10；18个选择档位。

17.符合国家规定的标准：

|  |  |
| --- | --- |
| 标准号 | 标准名称 |
| GB 9706.1-2007 | 医用电气设备 第1部分：安全通用要求 |
| GB/T 14710-2009 | 医用电气环境要求及试验方法 |
| YY 0505-2012 | 医用电气设备 第1-2部分：安全通用要求 并列标准 电磁兼容 要求和试验 |
| YY 1057-2016 | 医用脚踏开关通用技术条件 |

1. 提供临床试验总结报告

**二、多功能电离子手术治疗机**

**1、电源电压：220V±10% 频率50HZ**

**2、功率 ：100W**

**3、输出电压指示：5～15V**

**4、主载频率：2MHz**

**5、工作模式：长火、短火**

**6、操作方式：长短火切换，可气化、切割、凝固**

**7、单极治疗手柄：1支,各种治疗头：20支**

**8、GX-Ⅲ型（B、C、D、E）还配备有各科专用的双极凝固工具**

**9、配有VCD操作光盘**

**10、体积：14×32×32cm3**

**11、重量 ：3.5kg**

**特点：1、触笔式操作简单、准确、方便，可连续工作，也可断续工作。**

**2、设有长火、短火，可适应治疗不同病种的需要。**

**3、输出功率连续可调。**

**4．金属治疗头易配备，可自行加长或折弯。**

（五）申请人基本情况

附：营业执照、资质证书（复印件加盖公章）

（六）供货方案及承诺（格式自拟，加盖公章）

（七）所投产品相关资料（格式自拟）

附：产品相关资料（复印件加盖鲜章）

（八）其他材料（格式自拟，加盖公章）