**克拉玛依市中西医结合医院（市人民医院）**

**射频治疗仪热偶电极套件采购需求**

 **一、项目名称及数量：**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 项目名称 | 数量 | 单位 | 单价（元） | 总价（元） |
| 射频治疗仪热偶电极套件 | 3 | 套 | 38000 | 114000 |
| 合 计 |  |  |  | 114000 |

1. **资质要求：**

1.必须符合政府采购法第二十二条规定的基本条件：①具有独立承担民事责任的能力；②具有履行合同所必需的设备和专业技术能力；

2.本项目不接受联合体投标

**三、特定资格条件**

1.所投产品属于第二类医疗器械的，还需提供投标人有效的行政主管部门颁发的医疗器械经营备案凭证（或医疗器械 生产许可证或医疗器械经营许可证或其他医疗器械生产经 营许可证明文件）；

2.所投产品属于第三类医疗器械的，还需提供投标人有效的行政主管部门颁发的医疗器械生产许可证（或医疗器械经营许可证或其他医疗器械生产经营许可证 明文件）；

**四、技术参数及服务要求**：

**\*1**. 热偶电极套件适配COSMAN品牌的射频消融治疗仪，可依据实时温度反馈控制脉宽或者电压以限制温度到最高温度，保证手术效果和安全性。

\*2、热偶电极套件根据临床使用科室需求，现需采购热偶电极套件10mm（颈椎专用）与射频消融治疗仪适用。

\*3、热偶电极套件可重复使用，可通过高温高压或低温等离子方式消毒灭菌。
**五、供货期：**

签订采购合同之日起5天内提供配件现场完成服务

**六、付款方式**

以合同约定为准

**七、商务要求**

供应商报价为包括税费、搬运费、安装费等在该项目实施的过程中产生的一切费用，医院不再单独支付任何费用；

**八、采购单位咨询电话**

联系人：徐江

联系电话：15809001122

地址：克拉玛依市风华路5号

**九、上传附件要求（加盖公章）**：

1.需求条款中有对相关资质、承诺、函等文件上传的要求，请逐一上传；

2.上传相关营业执照；

3.上传项目实施方案及售后服务承诺；

4.上传统一竞价采购报价单（见附件）

**十、附件：竞价采购报价单**

## 竞价采购报价单

| 序号 | 项目名称 | 数量 | 品牌规格型号 | 制造商 | 单价（万元） | 合计（万元） | 响应/偏离招标要求 | 备注 |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | 射频治疗仪热偶电极套件 | 3套 |  |  |  |  |  |  |
| 3 | 总合计（万元） | 小写 | ￥ |
| 大写 | 人民币 |
| 4 | 供货期 | 自签订合同之日起5天（工作日）内供货至采购人指定地点及安装、调试完成并验收合格 |
| 5 | 质量保修期 |  |
| 6 | 供应商其它说明（由各供应商 根据本采购项目要求自行列出 需说明及承诺内容） |  |
| 注：1、报价包含的内容：完成克拉玛依市中西医结合医院（市人民医院）射频治疗仪热偶电极套件的供应、保险、税费、仓储运输、现场保管及装卸至需方指定地点、现场搬运（含二次搬运），安装、调试、安装所需的所有材料、检验及验收、移交等工作，向采购人提交设备技术参数、技术资料（包括操作手册、维修手册及其他相关资料等）、技术咨询、用户人员培训、缺陷修补、质量保修期内的维保、售后服务及运行维护等保证克拉玛依市中西医结合医院（市人民医院）射频治疗仪热偶电极套件验收合格并能正常交付使用以及合同条款、项目采购需求、本采购文件约定的全部内容 |

供应商名称(公章)：

法定代表人或委托代理人（签字或盖章）：