**江油市人民医院**

**设备计量检测服务项目采购需求**

1. **项目名称、数量及要求:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 项目名称 | 数量 | 预算 |
| 1 | 设备计量检测服务 | 1次 | 20万元 |

1. **项目类型：服务类**
2. **拟用采购方式及评审方法：最低评标价法**

**★四、采购需求：**

1. **预估检测数量：**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 序号 | 设备名称 | 预估数量 |
| 1 | 放射治疗用电离室剂量计 | 1 |
| 2 | 辐射巡检仪 | 1 |
| 3 | 血细胞分析仪 | 5 |
| 4 | 全自动生化分析仪 | 2 |
| 5 | 尿液分析仪 | 3 |
| 6 | 超声多普勒胎心仪超声源 | 8 |
| 7 | 医用超声诊断仪超声源 | 16 |
| 8 | 移液器 | 40 |
| 9 | 全自动尿沉渣分析仪 | 1 |
| 10 | 生物安全柜 | 9 |
| 11 | 低温冰箱（-80℃） | 2 |
| 12 | 聚合酶链反应分析仪(PCR仪)全指标 | 4 |
| 13 | (自动)核酸提取仪全指标 | 4 |
| 14 | 高频电刀 | 28 |
| 15 | 有创呼吸机 | 39 |
| 16 | 医用注射泵和输液泵 | 300 |
| 17 | 婴儿培养箱 | 31 |
| 18 | 温湿度计 | 159 |
| 19 | 血液透析机 | 52 |
| 20 | 心脏除颤器和心脏除颤监护仪 | 17 |
| 21 | 酶标分析仪 | 1 |
| 22 | 医用吸引器 | 24 |
| 23 | 立式压力蒸汽灭菌器 | 3 |
| 24 | 温度计 | 46 |
| 25 | 红外体温枪 | 92 |
| 26 | 瞳距仪 | 1 |
| 27 | 全自动血液细菌培养分析仪 | 1 |
| 28 | 生物显微镜 | 1 |
| 29 | 微量分光光度计 | 1 |
| 30 | 超声骨密度仪 | 1 |
| 31 | X、γ射线骨密度仪 | 1 |
| 32 | 肺功能仪 | 3 |
| 33 | 酶免工作站 | 1 |
| 34 | 原子吸收分光光度计 | 1 |
| 35 | 医用磁共振成像(MRI)系统检定装置 | 1 |
| 36 | 灭菌设备(温度、压力、时间参数) | 1 |
| 37 | 环境试验设备(恒温箱) | 1 |
| 38 | 连续血液净化装置 | 1 |
| 39 | 核酸分析仪 | 5 |
| 40 | 眼压计 | 2 |
| 41 | 辐射设备 | 10 |

1. **技术服务要求：**

①检测单位应当具有项目的检测资质和能力，并严格按照国家最新的标准执行。

②若检测单位部分项目无法检定，可送至具有相应项目检定资质的检测机构进行检定，但不得超过总检测器具量的5%。

③带离医院检测的计量器具，由检测单位负责运送，不得遗失、损坏，在带离医院两周内完成检测并送回医院。

④所有检测设备都需出具符合国家规定相应的检测报告，具有国家检定规程（JJG）的必须出具检定证书，具有校准规范（JJF）的必须依据校准规范具校准证书。

⑤配合医院完成所有计量设备的相关检测工作。

⑥能提供电子版的检测报告。

**3、商务要求：**

①报价方式：按照预估检测数量清单报送检测单价，并按照数量计算总报价。

②结算方式：检测完成后，经医院职能科室验收，按照实际检测量进行结算。结算时应由与我院签订合同的检测公司开具发票，不得使用其他检测机构开具的发票。

**4、报送资料：**

①检测单位营业执照复印件。

②法人委托代理人授权，双方签字（法人及代理人员身份证复印件）。

③法定计量检定机构计量授权证书资质复印件。

④报价表（送第三方进行检测的项目需备注第三方检测机构名称）。

⑤各项检测资质证明材料。