广州中医药大学第一附属医院可视喉镜采购项目

采购公告

采购单位：广州中医药大学第一附属医院

项目名称：可视喉镜采购项目

项目编号：广中医一院采【2026】130 号

一、项目概况：我院麻醉科采购8套可视喉镜

设备名称	★数量（台/套）	★采购限价(万元)	★耗材限价（元/人份）
可视喉镜	8	1.6	48 元（一次性可视喉镜片，年测试量约 9000 片）

备注：设备价格与预估五年耗材成本之和作为评分依据。

二、资金性质：财政性资金（非预算指标资金）。

三、项目需求书：

（一）技术参数

参数性质	序号	具体技术(参数)要求
	一	**主机部分**
	1	显示器分辨率 ≥640*480
	2	上下转动角度 ≥45 °
	3	配套 LCD 彩色显示器，显示器 ≥2.5 英寸
	二	**窥视片部分**
	4	采用医用级光学聚合物材质，无菌包装，不含乳胶
	5	具有专用的防雾技术涂层，可清晰显示图像
★	6	可插入镜片长度 可覆盖 65-110mm
▲	7	基部厚度 ≤12mm
▲	8	配备≥3 种规格的窥视片可供选择，可涵盖新生儿、儿童、成人、肥胖患者等
	9	使用年限≥3 年
	三	**整机**
▲	10	重量≤200g
	11	整体采用耐用医用级热塑性塑料、加强结构合金等材质
	12	摄像头类型：CMOS

	13	整机可浸泡消毒（含液晶显示器），防水等级≥IPx8
▲	14	≥2m 跌落整机无损试验，提供相关证明
	15	3.6V 锂电池，使用时间≥4h
	16	带省电模式，静置后自动进入省电模式及自动关机
	17	光源采用高强度 LED
	18	支持在-10° 至 40° 环境中使用
说明	**打“★”号条款为实质性条款，若有任何一条负偏离或不满足则导致响应无效。 打“▲”号条款为重要技术参数，若有部分“▲”条款未响应或不满足，将导致其响应性评审加重扣分，但不作为无效响应条款。**	

（二）配置清单（包括但不限于以下）

序号	名称	配置数量	单位	备注
1	主机	8	个	
2	手柄	8	个	
3	电池	8	个	

（三）售后要求

★1、整机免费终身保修（从验收合格签字之日起，不另收费），终身维护。在保修期内对设备进行定期维护和保养，年度定期预防性维护保养次数不少于 4 次，并免费提供维修所需的配件及服务。

2、接到设备出现故障通知，1 小时内电话响应，4 小时到达现场。

3、保修期内，设备如因故障维修超过 2 天，厂家需要按 1:2 延长保修期（具体时间，按天数算）并提供备用件。

4、保修期内设备的开机率≥95%（按全年 365 天计算）。如因设备故障导致开机率达不到 95%即 347 天以上保修期按 1:2（按天算）顺延。（如果因维修导致停机时间过长，其他补偿条款，双方友好协商）

5、临床培训：免费提供现场临床培训。

6、工程师培训：产品的工作原理，操作使用，维修保养。并提供该设备的操作手册（一套）、维修手册（一套）交设备管理部，提供专业安装和日常维修工具。

7、提供的设备必须是原厂的全新设备。

8、以上设备均要求售后服务为设备制造商负责。

9、设备维保需在广州设有服务人员，可保证以最快捷的方式为用户提供设备维修配件需求。

10、软件终身免费升级，并及时提供设备新功能和临床应用资料。

11、保修期后维修时，如更换配件，只收取配件费，且配件费提供优惠价格，不得收取上门服务费及差旅费（需附配件价格清单）。维修好后 6 个月内，对仪器设备再次发生同样的故障并且需要更换同样零配件时，成交人承诺免费维修及更换零配件。

12、保修期后，如采购人需购买原厂保修，原厂整机全保修费用不高于成交价的 5%/年/套，年度定期预防性维护保养次数不少于 4 次。

★13.响应人负责送货上门，在采购人所提供的场地对设备进行安装、检验及调试，直至该产品的技术指标完全符合要求为止，在运输、安装、调试等服务过程中所发生的费用由响应人承担。

14.开放（或者提供）维修密码（如有）。

15.提供双向通讯接口并协助接入采购人正在使用的 LIS 等（或相关信息系统），所产生费用由响应人负责。

16.交货时间：合同签订后的 1 个月内到货。

17.需报主要配件优惠价

序号	配件中文名称	型号/规格	单位	优惠价	备注

18.需报耗材/试剂优惠价

序号	耗材/试剂中文名称	单位	★耗材限价（元/人份）	报价	备注
1	一次性可视喉镜片		48		年测试量预估（人份）约 9000

（四）需提供详细的项目实施方案，方案应至少包括以下内容：①整体实施方案及技术措施、②安装与调试方案；③售后服务和技术培训方案；要求方案表述内容清晰、完整、合理、详细、科学、可行。

（五）付款方式：设备验收合格签字 3 个月后全额付款。

（六）提供近三年（2023 年至今）相关同类项目业绩，需提供证明文件（附合同复印件等）。

（七）响应人员必须与报名登记表登记的人员一致，若临时更换响应人员需提前与采购中心工作人员

联系。

（八）响应文件要求：7 份（1 正 6 副），采购会议前需密封，每份文件均需按序页码。双面打印。

（九）项目需求书条款响应情况：响应人必须对项目需求书的内容逐条响应。“★”号的条款为关键条款，必须实质性响应，负偏离（不满足要求）将导致响应无效（若有）；带“▲”号条款为重点条款，不作为无效响应条款（若有）。

序号	采购需求参数	实际参数（响应人应按投实际数据填写，不能照抄采购要求）	是否偏离（无偏离/正偏离/负偏离）	偏离简述
1				
2				
…				

（十）陈述、答辩：

1.陈述部分：陈述时间不超过 3 分钟。着重介绍对项目的理解，特别是关键技术层面，无需使用 PPT。

2.答辩部分：陈述之后，由评审小组提问，响应人如实作答。

（十一）响应人应完整、真实、准确的填写响应文件中规定的所有内容，对响应文件所提供的全部资料的真实性承担法律责任，并无条件接受采购采购单位及监督管理部门等对其中任何资料及采购采购单位或监督管理部门认为有必要的资料进行核实的要求。

（十二）采购评审现场开展二次报价。

五、响应人资格

1、响应人应是来自中华人民共和国的独立法人企业或其他组织。

2、本项目不接受联合体响应，不得转包、分包、外包响应标的主体。

3、如响应人为生产企业，所投产品为第二、三类医疗器械，提供有效的《医疗器械生产许可证》复印件；如响应人为经营企业，所投产品为第三类医疗器械，提供有效的《医疗器械经营许可证》复印件（如国家另有规定，则适用其规定）。（若响应人所投产品有医疗器械注册证则提供以上材料，若无则不要求）

六、评审方式：综合计分

七、报名时间及地点

1、报名时间： 2026 年 10 月 30 日至 2026 年 11 月 9 日 17:00；

2、报名方式：本项目只接受电子报名，报名邮箱为：gztcm_zbzx@gzucm.edu.cn。请各响应人将报名

需要提交资料加盖公章后扫描，将扫描件发至报名邮箱，邮件名称：项目名称+单位名称；

3、报名需提交资料（需加盖公章）

（1）有效的营业执照复印件。响应人在经营范围内响应，如营业执照未记载经营范围，同时提供在全国企业信用信息公示系统查询的单位“登记信息”的打印页面；

（2）企业法人代表证明书、具有法人签名或盖章的被委托人有效授权书（详见附件）；

（3）报名登记表（详见附件）；

4、报名所需的资料原件请于采购会议当天交至招标采购中心工作人员处。报名是否成功，以邮件回复为准。

5、报名成功本项目的响应人，若决定不参与的，请于 2026 年 11 月 9 日 17:00 前电话或邮件通知采购人。

八、采购会议时间及地点

1、采购会议时间： 2026 年 11 月 13 日上午 9：00

2、采购会议地点：广州市白云区机场路 16 号广州中医药大学第一附属医院行政楼 102 室

3、响应人员应为报名登记表上登记的负责响应的人员，该人员凭身份证进入采购会议地点。

九、本响应文件所涉及的时间一律为北京时间。

十、联系人：陈老师/蔡老师:020-36588744；（项目咨询）

黄老师：020-36598946；（采购流程咨询）

十一、咨询时间：工作日上午 8:00-12:00，下午 14:30-17:30

广州中医药大学第一附属医院

2026 年 10 月 30 日

附件：

法定代表人授权书

致：广州中医药大学第一附属医院

本授权书声明：注册于_____（国家或地区）的_____（响应人名称）的在下面签字的_____（法定代表人的姓名、职务）代表本公司授权在下面签字的（被授权人的姓名、职务）为本公司的合法代表人，就**“广州中医药大学第一附属医院（项目编号：广中医一院采【2026】130 号）”采购的**_____（可选“报名”），以我方的名义处理一切与之有关的事宜。

本授权书于　　年　　月　　日签字生效，特此证明。

随附《法定代表人证明书》

附件

1、代理人(被授权人)身份证或其他有效的身份证明

注：响应人必须在上述附件上加盖公章。

被授权代表身份证复印件

响应人（法人公章）：

地　　址：

法定代表人（签字或盖章）：

职　　务：

被授权人（签字或盖章）：

被授权人身份证号码：

职　　务：

日期：

（响应人可使用下述格式，也可使用广东省工商行政管理局统一印制的法定代表人证明书格式）

法定代表人证明书

_____现任我单位_____ 职务，为法定代表人，特此证明。

有效期限：_____

附：代表人性别：_____ 年龄：_____ 身份证号码：_____

企 业 注 册 号 码 ： _____ 企 业 类 型 ：

_____

经营范围：_____

_____。

注：响应人必须在上述附件上加盖公章。

法定代表人身份证复印件

响应 人（法人公章）：

日 期：

报名登记表

采购项目编号	**广中医一院采【2026】130 号**		报名日期	年　月　日
项目名称				
报名单位名称				
地址(营业执照)			邮编	
报名人	姓名	身份证号码	手机	传真
响应人（负责参加采购的人员）	姓名	身份证号码	手机	电子邮箱