广州中医药大学第一附属医院全自动荧光免疫分析仪采购公告

采购单位：广州中医药大学第一附属医院

项目名称：全自动荧光免疫分析仪

项目编号：广中医一院采【2026】129 号

一、项目概况：我院检验科采购2台全自动荧光免疫分析仪。

（1）采购限价

设备名称	★数量（台/套）	★采购限价	耗材名称	预估年测试量（例）	★耗材限价（元/人份）	耗占比（%）
全自动荧光免疫分析仪	2	0.24万元（人民币大写：贰仟肆佰元整）	降钙素原（PCT）配套试剂(含辅料等）	约 50000	27	≤10.48
备注：1.设备价格与预估五年耗材成本之和作为评分依据；2.耗材限价含所有校准品、质控品等						

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
★	1	设备用于“降钙素原（PCT）”检测，主要用于感染性疾病、脓毒血症的诊断、鉴别诊断和疗效观察；
▲	2	采用免疫荧光法，包括但不限于采用时间分辨荧光免疫检测、干式免疫荧光等；
▲	3	检测通量：≥120 测试/小时；
	4	具备急诊插入功能和急诊位，支持原始管上样、自动摇匀、开盖等；
	5	样本类型：支持包括但不限于血清血浆、全血、指尖血及尿液样本等；
	6	线性范围：可覆盖 0.05ng/ml-50ng/ml；

	7	支持自动识别项目信息并实时监测试剂卡余量；
	8	仪器重复测量的变异系数，在[0,100）mV 量程内，CV≤10%；在[100,15000]mV 量程内，CV≤2%；
	9	≥12 英寸 LCD 彩色触摸显示屏，分辨率不低于 1280*800；
	10	操作系统：包括但不限于 Android、Linux 等，操作便捷；
▲	11	可存储≥10 万组样本测试结果,内置数据加密与权限管理模块，保障检测数据安全合规；
	12	数据传输兼容 HL7、LIS、HIS 等标准协议，满足医院信息化系统对接需求；
	13	外接端口：包括但不限于 USB、以太网、COM 口等；
	14	支持外接条码扫描模块
	15	内置热敏打印机，支持包括但不限于自动、手动、重复打印等，也可外连上位机系统打印；
	16	正常工作条件：电源电压 220V；频率 50Hz；环境温度 10-35℃
	17	配套荧光免疫定量分析仪管理系统，系统支持在包括但不限于 Windows XP Professional/7/8/10 及以上等正常运行；
	18	样本位：≥48 个；
	19	试剂位：≥4 个；
	20	提供室间质评、性能验证等相关报告
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	货物名称	数量	单位
1	主机	1	台
2	电源线	1	根
3	专用热敏打印纸	1	卷
4	USB 转串数据线	1	条
5	试管架	5	个
6	指尖血托架	2	个
7	外置扫描枪	1	个
8	废物盒	1	个
9	荧光免疫定量分析仪管理系统	1	套

（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，厂家需要提供备用机。

4、保修期内设备的开机率≥95%（按全年 365 天计算）。（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、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	型号/规格	单位	★最高限价（元/人份）	报价
1	降钙素原（PCT）配套试剂（含辅料等）	/	/	27	

（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。陈述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（全自动荧光免疫分析仪采购项目，项目编号：广中医一院采【2026】129 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。



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】129 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