# **口内扫描仪、医用干燥箱、超声牙周治疗仪设备采购项目**

# **采购公告**

项目编号：SYXYFEYY-2025-0801

采购项目：口内扫描仪、医用干燥箱、超声牙周治疗仪设备采购

|  |  |
| --- | --- |
| **采购单位** | 邵阳学院附属第二医院 |
| **项目名称** | 口内扫描仪、医用干燥箱、超声牙周治疗仪设备采购 |
| **项目预算** | 人民币壹拾玖万叁仟贰佰元整（¥193,200.00） |
| **采购方式** | 院内自主采购 |
| **公告日期** | 2025年8月4日 |
| **响应截止时间** | 2025年8月11日12时00分 |
| **谈判时间** | 2025年8月12日 15时00分 |
| **谈判地点** | 邵阳学院附属第二医院行政楼3楼会议室 |
| **项目联系人** | 李先生 |
| **联系方式** | 0739-5270379 |

**第一章 采购邀请函**

邵阳学院附属第二医院（采购人）就“口内扫描仪、医用干燥箱、超声牙周治疗仪”（项目编号：SYXYFEYY-2025-0801）进行采购，欢迎符合资格条件的供应商参加谈判。

一、项目概况

本次采购预算为19.32万元，采购口内扫描仪、医用干燥箱、超声牙周治疗仪各一台，用于医院口腔科日常治疗工作。设备要求符合国家相关标准，具备医疗器械注册证。

二、供应商资格要求

* 具有独立承担民事责任的能力
* 具有良好的商业信誉和健全的财务会计制度（近1年财务报表或审计报告复印件）
* 具有履行合同所必需的设备和专业技术能力（项目对应的资格证书）
* 有依法缴纳税收和社会保障资金的良好记录（税务部门出具近6个月完税证明及社保部门盖章近6个月社保缴纳凭证）
* 参加采购活动前三年内无不良信用记录（“信用中国”网站查询截图（无行政处罚记录）
* \*本项目不接受联合体投标

三、报名资料提交

时间：2025年8月4日至8月11日（工作日9:00-11:30，14:30-17:00）  
地点：邵阳学院附属第二医院国有资产管理办公室  
方式：现场报名，需提供营业执照复印件（加盖公章）、法定代表人授权书及供应商资格要求所含内容的证明材料，胶装成册

四、响应文件提交

截止时间：2025年8月12日15时（北京时间）  
地点：邵阳学院附属第二医院行政楼3楼会议室  
逾期送达或未按要求密封的响应文件将不予受理

**重要提示：**供应商须在响应文件中提供真实、准确、完整的材料，任何虚假材料将导致投标无效并承担相应法律责任。

**第二章 供应商须知**

一、谈判程序

* 供应商签到及资格审查
* 宣布谈判纪律及注意事项
* 第一轮报价（密封递交）
* 谈判小组与供应商分别进行谈判
* 供应商最终承诺及最终报价
* 谈判小组评审并推荐成交候选人

二、响应文件编制要求

1. 响应文件须按第四章格式要求编制
2. 所有文件均需加盖公章，复印件需注明"与原件一致"
3. 报价为人民币含税价，包含运输、安装、培训等一切费用
4. 响应文件正本1份

三、谈判规则

1. 谈判小组由采购人代表和相关专家共3人组成  
2. 谈判过程中供应商不得透露可能影响公平竞争的信息  
3. 最终报价不得高于首轮报价  
4. 谈判结束后，供应商须在等候区等待通知

**第三章 采购需求**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **项目名称** | **数量** | **预算** | **最高限价** |
| 1 | 啄木鸟PT5超声牙周治疗仪 | 1 | 3.6万元 | 3.6万元 |
| 2 | 湘启XQGZX-72医用干燥箱 | 1 | 0.72万元 | 0.72万元 |
| 3 | 先临三维Aoralscan3口内扫描仪 | 1 | 15万元 | 15万元 |

一、设备技术参数

1.啄木鸟PT5超声牙周治疗仪

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **序号** | **参数名称** | **要求** |
| 1 | 工作尖振动轨迹 | 工作尖椭圆形振动轨迹，治疗、抛光一起完成 |
| 2 | 主机保修年限 | 5年 |
| 3 | 工作尖型号及数量 | P50R\*2、P50L\*2、P54R\*2、P54L\*2、G4\*2E60\*1、P3\*2E62\*1、P95\*1 |

2.湘启XQGZX-72医用干燥箱

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **序号** | **参数名称** | **要求** |
| 1 | 干燥方式 | 热风内循环 |
| 2 | 内胆 | 双层内胆 |
| 3 | 主机保修年限 | 1年 |

3.先临三维Aoralscan3口内扫描仪

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **序号** | **参数名称** | **要求** |
| 1 | 使用年限 | 8年 |
| 2 | 口腔检查报告功能 | 检查内容包含：龋齿、色素情况、牙齿排列情况、牙齿缺失/缺损情况等 |
| 报告输出形式：具备直接输出二维码功能以及报告照片功能 |
| 支持手机预览真彩3维数据 |
| 口腔检查报告支持配置单位logo以及机构专用色 |
| 可以导入全景片直接在全景片上进行编辑，对牙位添加备注、输入治疗方案，针对编辑结果可保存，以口腔检查报告的方式输出 |
| 提供AI识别（成人）功能辅助牙齿疾病检测，软件可支持自动识别牙齿疾病 |
| 扫描并生成检查报告，使用检查报告与患者沟通完后，可以启动后续流程，如：根尖治疗、修复、种植、正畸等，也可以流程相互转换 |
| 3 | 数字印模审核系统 | 提供数据审核模板，支持加工厂技师快速确认数字印模质量是否符合设计要求，如果数据不合格可及时推送至临床端口扫软件，便于临床用户补扫 |
| 4 | 备牙监测功能 | 术前订单扫描备牙进入备牙监测，可导入标准模型与备牙进行对比，添加标记位点，截图后可生成报告（可支持扫描10组备牙数据） |
| 5 | 软件订阅 | 免费更新 |

二、商务要求

* 交货期：合同签订后30个日历日内
* 交货地点：邵阳学院附属第二医院
* 质保期：按照采购需求（自验收合格之日起）
* 付款方式：货到安装调试验收合格后支付90%，6个月满后支付10%

**第四章 响应文件格式要求**

一、响应文件组成

* 响应函（格式见附件1）
* 法定代表人授权书（格式见附件2）
* 报价表（格式见附件3）
* 技术参数响应表（格式见附件4）
* 商务条款响应表（格式见附件5）
* 资格证明文件
* 服务承诺书
* 其他应提交的资料

二、响应文件格式要求

1. 响应文件应使用A4幅面纸张打印
2. 正文字体为宋体小四号，标题为黑体三号
3. 所有文件应装订成册并编制连续页码
4. 响应文件封面应注明项目名称、项目编号、供应商名称
5. 每页均需加盖单位公章（骑缝章）

三、附件：响应文件格式模板

附件1：响应函格式

|  |  |
| --- | --- |
| **响应函** | |
| 致：邵阳学院附属第二医院 |  |
| 项目名称 |  |
| 项目编号 |  |
| 供应商名称 |  |
| 响应报价 | 人民币 元（¥ ） |
| 交货期 | 合同签订后 天 |
| 质保期 | 年 |
| 我方声明：  1. 已完全理解采购文件要求  2. 响应报价为最终含税报价  3. 同意按采购文件要求签订合同 | |
| 供应商（公章） |  |
| 法定代表人（签字） |  |
| 日期 | 年 月 日 |

附件2：法定代表人授权书格式

**授权委托书(格式)**

本人（姓名、职务）系（供应商名称）的法定代表人（单位负责人），现授权（姓名、职务）为我方代理人。代理人根据授权，以我方名义：(1)签署、澄清、补正、修改、撤回、提交（项目名称、编号）响应文件；(2)签署并重新提交响应文件及最后报价；(3)退出谈判（如可能）；(4)签订合同和处理有关事宜，其法律后果由我方承担。

委托期限： 。

代理人无转委托权。

本授权书于 年 月 日签字生效，特此声明。

|  |  |
| --- | --- |
| 委托代理人身份证（正面）复印件 | 委托代理人身份证（反面）复印件 |
| 法定代表人身份证（正面）复印件 | 法定代表人身份证（反面）复印件 |

注：供应商代表不是供应商的法定代表人（单位负责人）的提供。

供应商名称(盖单位公章)：

法定代表人（单位负责人）（签字或印章）：

委托代理人（签字或印章）：

日期： 年 月 日

附件3：报价表格式

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **设备名称** | **品牌型号** | **数量** | **单价(元)** | **总价(元)** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 合计（人民币大写）： | | | |  |
| 合计（小写）： | | | | ¥ |
| 报价说明：  1. 以上报价包含设备费、运输费、安装调试费、培训费等一切费用  2. 报价为最终含税价 | | | | |
| 供应商（公章）： | | | | |

附件4：技术参数响应表格式

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **参数名称** | **采购要求** | **响应情况** | **说明** |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |
| … |  |  |  |  |
| 注：响应情况请填写"满足"或"不满足"，并填写相应佐证说明。 | | | | |

邵阳学院附属第二医院国有资产管理办公室

地址：湖南省邵阳市宝庆西路16号

邮编：422000

电话：0739-5270379