# **全自动凝血分析仪设备采购项目**

# **采购公告**

项目编号：SYXYFEYY-2025-0802

采购项目：全自动凝血分析仪设备采购

|  |  |
| --- | --- |
| **采购单位** | 邵阳学院附属第二医院 |
| **项目名称** | 全自动凝血分析仪设备采购设备采购 |
| **项目预算** | 人民币壹拾捌万元整（¥180,000.00） |
| **采购方式** | 院内自主采购 |
| **公告日期** | 2025年8月19日 |
| **响应截止时间** | 2025年8月25日12时00分 |
| **谈判时间** | 2025年8月26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“全自动凝血分析仪设备采购”（项目编号：SYXYFEYY-2025-0802）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18万元，采购全自动凝血分析仪设备采购一台，用于医院检验科日常工作。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19日至8月25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（6号楼309）  
方式：现场报名，需提供营业执照复印件、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26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（报价单需盖公章）
* 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 | 全自动凝血分析仪设备采购 | 1台 | 18万元 | 18万元 |

一、设备技术参数

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **序号** | **参数名称** | **要求** |
| 1 | 检测原理 | 光学法 |
| 2 | 检测方法 | 凝固法、发色底物法、免疫比浊法。 |
| 3 | 检测项目 | 至少包括 PT、APTT、FIB、TT、D-Dimer、FDP、AT-III、LA、抗Xa、PS、PC，Ⅱ，Ⅶ，Ⅷ等并有原厂注册证 |
| 4 | 开关机模式 | 单台凝血分析仪可单独控制开关机 |
| 5 | 检测通道 | 单台凝血分析仪检测通道≥20个 |
| 6 | 标本进样 | 单台凝血分析仪检测通道样本位≥150个，可轨道式连续进样，内置条码扫描装置可实时扫描样本的条码信息 |
| 7 | 急诊功能 | 可随时插入急诊样本,有独立急诊位置和进样通道，单台凝血分析仪检测通道急诊检测位≥5个 |
| 9 | 闭盖穿刺 | 样本针具有液位感应和优化的闭盖穿刺功能；适应不同真空采血管 |
| 10 | 样本量自动监测 | 自动识别并报警提示样本量不足样本 |
| 11 | 试剂仓位 | 单台凝血分析仪≥60个试剂腔位。可不暂停检测在线更换试剂。试剂仓封闭减少试剂挥发。 |
| 12 | 进样类型 | 试剂可任意位置摆放并条码识别，可进行试剂余量监测，多瓶同种试剂可连续自动切换，试剂位冷凝水可自动排除 |
| 13 | 冰箱功能 | 仪器关机试剂无需取出，试剂盘能单独制冷保持 2-8℃ |
| 14 | 试剂管理 | 试剂人份数注册，实测数与注册数一致，全液体试剂，即开即用无需复溶 |
| 15 | 反应杯 | 反应杯可连续装载，单台凝血分析仪一次放置反应 |
| 16 | 精密度 | 血凝常规4项的CV 值<3%，D-Dimer<7.5% |
| 17 | 拭子清洗 | 样本针采用拭子式清洗技术 |
| 18 | 质控品及校准品 | 可提供原厂配套质控品及校准品 |
| 19 | 室间质评 | 所投全自动凝血分析仪需为成熟机型，并在国家卫生健康委临床检验中心的室间质评中有独立分组，且参与数量≥200家（同机型），并提供证明文件 |
| 20 | 配置 | 两台同型号凝血分析仪，通过轨道连接成级联流水线。 |

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。 | | | | |

附件5：商务条款响应表格式

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **商务条款内容** | **招标文件要求** | **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