**关于南京医科大学附属口腔医院**

**临床情景模拟中心空气压缩机采购及安装项目**

**前期调研公告**

南京医科大学附属口腔医院拟对以下项目进行摸底、调研，欢迎符合要求的供应商前来报名。

**一、项目名称：**南京医科大学附属口腔医院临床情景模拟中心空气压缩机采购及安装项目

**项目基本概况：**

南京医科大学附属口腔医院临床情景模拟中心，位于南京医科大学五台校区图书馆三层。现计划对临床情景模拟中心进行改造，设置口腔综合治疗椅30台，需安装空气压缩机提供配套医用压缩空气，空气压缩机技术参数详见采购需求。

**二、资质要求：**

1、供应商应具有独立法人资格，营业执照。

2、 响应供应商医疗器械经营许可证

3、 生产厂家医疗器械生产许可证

4、 产品医疗器械注册证(第一类医疗器械备案证明)

5、 产品授权书

**提供有效的证书复印件加盖公章。**

**三、基本技术要求：**

1.本项目所需空气压缩机组系统要求配合装修工程深化设计，配置全套设备、材料，并运抵采购人工地现场，完成安装、调试，直至验收合格交付采购人使用，进行售后服务，质保期服务。

2.设备制造和安装应符合标准或规范：GB50751医用气体工程技术规范。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **描述** | **性能考核标准** | **备注** |
| 1 | 空气压缩机 | 2台并联运行 |  |
| ***1.1*** | ***压缩机型式*** | ***无油（活塞）空压机*** | ***不接受有油润滑式*** |
| 1.2 | 总额定排气量 | ≥ 6200 L/min 单台≥3000 L/min |  |
| 1.3 | 运行状态控制 | 同品牌多台/套设备可以实现集中联网操作，整套牙科电动空压机工作站由无油空压机泵头、进气细菌过滤器、操控显示器、冷冻干燥器及储气罐等组成，具有运行状态显示及人机对话功能。 |  |
| 1.4 | 智能操作界面 | 所有运行参数都可显示，控制装置：电脑控制系统，触摸显示屏，可进行人机对话，显示运行状态及错误预警。电脑控制系统可实现远程操作和监控。 |  |
| 1.5 | 最高供气压力 | ≥0.8MPa |  |
| 1.6 | 控制要求 | 采用PLC控制，每台主机可自动切换 |  |
| 1.7 | 总输入功率 | ≤90KW |  |
| 1.8 | 电源 | 三相380V |  |
| 1.9 | 应急控制 | 自动控制失效时可切换至手动控制 |  |
| 2 | 冷冻干燥机 | 处理量≥6（m³/min），配套冷冻式干燥机，压力露点≤3℃，确保气体干燥，冷凝水自动排放系统，免人工放水操作。 | 2台 |
| 3 | 储气罐 | 压力容器资料齐全 | 2台 |
| 3.1 | 储气罐性能 | 不锈钢材质、有防锈、抑菌涂层处理、自动排水 |  |
| 3.2 | 储气罐容积 | 储气罐容量≥500L |  |

***备注：供应商需提供所投设备储气罐压力容器资料原件在设备送达到指定地点时一并送达的承诺函。（提供承诺书加盖公章）。***

**四、请仔细阅读本项目技术参数要求，并提供以下书面材料一式四份。**

1. 本公司满足本项目全部技术参数要求，无疑问。

或

本公司对本项目技术参数有正/负偏离，并附下表表述。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 指标 | 原技术指标 | 正/负偏离 | 原因 |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |

2、本公司对本项目技术参数有疑问，并附下表表述，标明原技术参数，建议修改内容并阐明原因。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 指标 | 原技术指标 | 建议修改 | 原因 |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |

1. 质检报告情况汇总表

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 质检报告名称 | CMA或CANS或国际权威检测机构或其他 | 依据标准 | 质检报告结果（合格/不合格） |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |

1. 该项目人员配置（项目实施团队、售后服务团队）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 姓名 | 所属工种 | 证书 |
| 1 |  |  |  |
| 2 |  |  |  |

1. 该项目设备标准配置表（可提供彩页、样品至现场）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 名称 | 数量 | 具体参数 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

1. 该项目配置选配表（可提供彩页、样品至现场）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 名称 | 数量 | 单价 | 具体参数 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

1. 分项报价表（易损零配件，可提供彩页、样品至现场）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 名称 | 品牌 | 规格型号 | 单价 |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |

1. 与本项目类似的成功案例（合同或中标通知书复印件）
2. 与本项目相关的公司资质证书专利等证明材料。
3. 所投产品详细参数及产品彩页等相关证明材料。
4. 所投产品须为合同签订时间一年内出厂，全新、未使用过的原装合格正品，不得使用已停产或拟停产产品，提供承诺书并加盖公章。
5. 关于付款周期的约定：签订合同后，货物订单发出，支付合同总价款的30%；供应商完成全部产品安装、调试，正常使用30日后，经采购方验收合格，签署《南京医科大学附属口腔医院验收报告》，凭发票支付合同总价的60%；留合同总价的10%作为本项目的尾款，自采购方支付至90%合同款12个月后，产品运行正常，售后服务良好，无质量、安全和服务问题，经甲方确认，支付合同尾款10%。
6. 报价一览表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **项目名称** | | **南京医科大学附属口腔医院 项目** | | | | |
| **序号** | **货物名称** | | **品牌规格型号** | **数量** | **单价（元）** | **总价（元）** |
| 1 | 空气压缩机 | |  | 2 |  |  |
| 2 | 冷冻干燥机 | |  | 2 |  |  |
| 3 | 储气罐 | |  | 2 |  |  |
| 4 | … | |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |
| **合计金额** | | **人民币（大写） 元整**  **（¥ 元整）** | | | | |
| **供货时间** | | **签定合同后（ ）日历天内** | | | | |
| **安装实施期** | |  | | | | |
| **质保期** | | **年**  **注：产品安装调试，正常使用一个月后，经验收合格，签署《南京医科大学附属口腔医院验收报告》之日起计。** | | | | |
| **设备使用年限** | |  | | | | |
| **是否进口产品** | |  | | | | |
| **生产厂家** | |  | | | | |

**五、项目调研会议安排：**

时间：2023年10月31日(星期二)下午14:30

**（请各供应商委派商务及技术人员参会）**

地 点：江苏省口腔医院新综合楼十三楼1301会议室

联系人： 李老师 联系方式： 69593206 69593152

注： 1. 提供虚假文件一经查实将终止其参与资格。

2. 资料一式四份，加盖单位公章并装订成册，概不退还。