**重庆医科大学附属永川医院**

**采购公告**

**项目号：2024ZB132**

| 项目名称 | **（眼科）液晶视力表** | | | 采购方式 | | 院内议价采购 |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 联系地址 | 重庆市永川区萱花路439号 | | | 联系人 | | 彭先成 |
| 联系电话 | 023-85385105 | | | | | |
| 报名及递交资质时限 | | **2024年9月6日00：00至2024年9月10日24：00** | | | | |
| 递交方式 | | **请在规定时间内使用顺丰快递邮寄给采购办彭先成（请务必写清楚项目名称及联系方式，1份资料）** | | | | |
| 项目采购时间 | | 待定 | | | | |
| 采购品目 | | 备注 | | | | |
| 液晶视力表 | | 购买设备数量：  1台 | 单台预算为0.78万元/台 | | 总预算为0.78万元 | |
| 供 应 商 资 格 要 求 | | （1）具有独立承担民事责任的能力；  （2）具有良好的商业信誉和健全的财务会计制度；  （3）具有履行合同所必须的设备和专业技术能力；  （4）有依法缴纳税收和社会保障资金的良好记录；  （5）参加政府采购活动近三年内，在经营活动中没有重大违纪记录；  资质要求：  响应公司资质  1、营业执照三证合一（副本）  2、响应公司委托负责本次采购事宜人的授权委托书。  3、负责本次采购事宜人的身份证复印件。  **需提供最新三证合一的资质复印件。**  **需提供最新三证合一的资质复印件。**  **附件1：（眼科）液晶视力表的功能及技术要求、商务需求**  **附件2: 报价单参考模板**  **附件3：技术/商务偏离表**  **特别说明：**  **特别要求：报名资料封面上必须注明项目名称、联系人、联系方式、邮箱号码等信息。**  **报名文件内需要包含：报名资料+报价单+技术/商务偏离表等。（只需要1份，请使用顺丰邮寄）** | | | | |

**附件1：**

**（眼科）液晶视力表的功能及技术要求、商务需求**

1. **设备清单表**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 名称 | 数量 | 备注 |
| **液晶视力表** | **1台** |  |

**二.设备功能及技术需求**

1．功能用途：用于学生视力筛查。

2．具体技术需求

（1）屏幕尺寸≥23.8英寸，分辨率1920X1080，背光类型LED，最大亮度大于200cd/m2,屏幕无反光，屏幕比例16：9。

（2）视标等级4.0-5.3，标准功耗45W，工作距离2.5-5.0m,视标类型E视标。

（3）数据传输方式：蓝牙，支持蓝牙4.0，同时支持IOS和安卓系统，传输距离≥15米。

（4）具有裸眼视力检测模式、戴镜视力检测模式、低视力≤4.0检测模式，三种模式可自由切换；裸眼检测模式检测时，若裸眼视力≤4.0时可自动切换到低视力模式，并且无需人工干预。

（5）支持用遥控器、微信小程序、APP软件操控监测视力，并对系统中选择学生不同戴镜类型，可相应确定视力表检测项目。

（6）支持自助检测自动出结果模式，同时专业人员快速检测模式。

（7）支持多视标和单视标显示，可根据检测距离调整视标大小。

（8）操作简单，筛查防作弊，智能高效筛查，全过程无需医务人员指挥。符合标准对数视力表（GB-11533-2011)规范要求。检测结果数据自动上传至我院现有系统。系统名称为（华视通筛查系统V2.0）。

**三.商务要求**

（1）设备整机质保期：≥5年。

（2）设备质保期内，出现不可修复的质量问题需无条件更换全新机器，修复期较长时需提供备用机。

（3）质保期内不得随意变更配送单位。

（4）到货期：议价完成后10个日历日内。

（5）设备质保期内，厂家每年提供巡检保养服务1次。

**附件2：**

**报价单参考模板**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **设备名称** | **规格型号** | **原产地及**  **生产厂家** | **数量** | **单价（元）** | **总金额（元）** |
| XXX | XXX | XXX | 1台 | XXX | XXX |
| **最终成交价：** | | | | | |
| **质保期：** | | | | | |
| **到货期：** | | | | | |
| **备注事项：**上述费用为包干总价，包括不限于产品费、安装费、培训费、售后服务费（咨询、检修、调试等费用）、维修保养费（含维修人工费、耗材及配件费）、税费、保险费、差旅费、人工等费用。采购人不再另行支付供应商任何费用。 | | | | | |

**商家联系方式：姓名+联系方式**

**经销商名称：**

**附件3：**

**技术/商务要求响应偏离表**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **技术（商务）要求** | **响应情况（请据实描述）** | **差异说明** |
| 1 | \*\*\* |  |  |
| 2 | \*\*\* |  |  |
| 3 | \*\*\* |  |  |
| ... |  |  |  |

供应商： 被授权人（签字）：

（供应商公章）

年 月 日

**注：**

**1、本表即为对本项目“附件1、功能及技术需求、商务要求”中所列要求进行比较和响应；**

**2、该表必须按照比选要求逐条如实填写，根据响应情况在“差异说明”项填写正偏离或负偏离及原因，完全符合的填写“无差异”。**