**梧州市中医医院**

**市场调研报名文件**

**项目名称：**

**报名公司：**（盖章）

**联系人：**

**联系电话：**

**地址：**

**邮箱：**

附件1

**目 录**

1. **公司资质：有效营业执照复印件**
2. **法人代表证件，或者授权书/被授权代表人员信息**

包括姓名、联系方式、身份证正反面，且盖公章。

1. **项目参数及报价**

|  |  |
| --- | --- |
| 报名设备名称（填写注册/备案凭证名称） | xx |
| 医疗器械注册证/备案凭证 编号 | xx |
| 属于第几类医疗器械 | xx |
| 生产厂商 | XXX公司 |
| 规格/型号 | xx |
| 单价（元） | xx |
| 供货时长（天） | xx |
| 主要技术参数（含配置清单） |  |
| 质保期（年） | 3 |
| 使用年限（年） | x |
| 是否兼容其他耗材 | □ 是，耗材名称及报价、医保收费编码及价格、物价编码及价格，可附件。 □ 否。 □无耗材。 |
| 专机专用耗材名称及报价、医保收费编码及价格、物价编码及价格 | 1.XXX；2.XXX可附件，□不相关。 |
| 保修价格 | □ 无时限区分：xx万/年。 □ 有时限区分：A-B年，xx万/年；C-D年，xx万/年。 |
| 易损件单价（如有） | 可附件 |

1. **其他材料**

4.1产品说明书

4.2产品彩页

4.3 其他：包括但不限于厂家授权书、同类业绩、厂家生产许可证、专机专用耗材名称/报价等。

**5.声明函**

梧州市中医医院：
我公司已认真阅读了贵院此次编制的“XXX”采购项目需

求公告，充分知悉并了解了贵院采购需求调查内容信息。我

方同意贵方无偿采用我方提交的全部或部分采购需求调查材

料作为贵方采购需求的内容，并且无需贵方承担任何责任。
本公司将严格遵守上述事项，对所提供的所有材料真实

性负责。

单位名称（盖章）：

联系人：

联系电话：

日    期：    年   月   日

附件2 **移动式平板C形臂X射线机 技术参数**

1.总体要求

1.1主要适用于创伤骨科以及脊柱外科等骨科透视诊断和治疗的移动式C臂。

1.2 Ｃ臂主机内配置UPS或锂电池不间断电源系统，且在不插网电（～220V）电压的条件下待机时间≥10分钟。

1.3整机采用一体化整体设计。

2.设备工作条件

2.1 电源要求：（AC.220V）。

3 高压发生器

34.1 最大电压≥110KV 。

3.2 最大透视电流≥30mA。

3.3摄影mAs：≥280mAs

4.球管系统

4.1 球管具备双焦点。

4.2 小焦点≤0.6mm。

4.3 大焦点≤1.8mm。

4.4 阳极热容量≥70KHU。

5.平板探测器

5.1 探测器尺寸≥30cm×30cm。

5.3 最大像素矩阵≥1956x1956。

5.4 最大灰阶度≥16bit。

5.5 系统最大空间分辨率≥3.1LP/mm。

6.限束器

6.1 限束器具备。

6.2 滤线栅栅比≤1/8。

6.3 滤线栅密度≥80 L/cm。

6.4滤线栅焦距：100cm。

6.5滤线栅具备可插拔式设计，符合国内行业标准。

7.显示器

7.1 显示器最高分辨率≥2560×1440。

7.2显示器多轴位转向支架≥270°。

8.系统控制

8.1 具备触摸式操作屏。

8.3 曝光模式、参数等设置具备且具备全自动智能透视。

8.4具备双向激光定位系统，在球管和平板探测器两端，分别加装激光定位系统。

8.5具备无线曝光功能。

9.C 形臂机架尺寸

9.1开口≥80cm。

9.2 弧深≥66cm。

9.3 水平移动≥20cm。

9.4 电动垂直升降≥40cm。

9.5 左右摆角:≥±15°。

9.6 C臂旋转角度:≥135°。

9.7 轴向旋转≥±180°。

10. 防护用品

10.1 X射线防护用品1套 含： 铅帽1顶、铅围脖1件、铅衣1件、防护铅眼镜1套、防护铅长方巾1件、防护铅屏2块。防护铅当量≥0.5mmPb。