**成都市温江区人民医院**

**放射设备性能及防护检测、场所辐射环境监测服务采购项目需求及附表**

**一、设备清单**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **设备名称** | **内 容** | **数量** | **所在场所** |
| 1 | 数字化医用X射线摄影系统（Ⅲ） | 设备性能防护检测场所辐射环境监测 | 1台 | 10号楼一层放射科X线摄片室3 |
| 2 | X射线计算机体层摄影设备（Ⅲ） | 设备性能防护检测场所辐射环境监测 | 1台 | 10号楼一层放射科CT室3 |
| 3 | 数字化医用X射线摄影系统（Ⅲ） | 设备性能防护检测场所辐射环境监测 | 1台 | 10号楼负一层放射科X线摄片室1 |
| 4 | 数字化医用X射线摄影系统（Ⅲ） | 设备性能防护检测场所辐射环境监测 | 1台 | 10号楼负一层放射科X线摄片室2 |
| 5 | 移动数字化医用Ｘ射线摄影系统（Ⅲ） | 设备性能防护检测场所辐射环境监测 | 1台 | 10号楼一层急诊科移动X光机储存室 |
| 6 | 移动式数字化医用Ｘ射线摄影系统（Ⅲ） | 设备性能防护检测场所辐射环境监测 | 1台 | 10号楼一层急诊科抢救室 |
| 7 | 牙科X射线机（Ⅲ） | 设备性能防护检测场所辐射环境监测 | 1台 | 10号楼二层口腔科牙片室 |
| 8 | 口腔X射线数字化体层摄影设备（Ⅲ） | 设备性能防护检测场所辐射环境监测 | 1台 | 10号楼二层口腔科口腔CT室 |
| 9 | C形臂X射线成像系统（Ⅲ） | 设备性能防护检测场所辐射环境监测 | 1台 | 10号楼六层麻醉科手术室02 |
| 10 | 移动式C形臂Ｘ射线机（Ⅲ） | 设备性能防护检测场所辐射环境监测 | 1台 | 10号楼六层麻醉科手术室03 |
| 11 | 医用诊断高频X射线机（Ⅲ） | 设备性能防护检测场所辐射环境监测 | 1台 | 新院区医用体检车放射室 |
| 12 | 医用血管造影X射线机**（Ⅱ）** | 设备性能防护检测场所辐射环境监测 | 1台 | 10号楼负一层放射科介入室1 |
| 13 | 数字化医用X射线摄影系统（Ⅲ） | 场所辐射环境监测 | 1台 | 3号楼四层健康体检中心X线摄片室5 |
| 14 | 双能量X射线骨密度仪（Ⅲ） | 场所辐射环境监测 | 1台 | 3号楼四层健康体检中心骨密度室2 |
| 15 | 数字乳腺X射线摄影系统（Ⅲ） | 场所辐射环境监测 | 1台 | 3号楼四层健康体检中心乳腺室2 |
| 16 | 全身X射线计算机体层螺旋扫描装置（Ⅲ） | 场所辐射环境监测 | 1台 | 3号楼五层健康体检中心CT室4 |
| 17 | 数字化X射线透视摄影设备（Ⅲ） | 场所辐射环境监测 | 1台 | 10号楼负一层放射科数字胃肠室 |
| 18 | 乳腺X射线机（Ⅲ） | 场所辐射环境监测 | 1台 | 10号楼负一层放射科乳腺室1 |
| 19 | X射线计算机体层摄影设备（Ⅲ） | 场所辐射环境监测 | 1台 | 10号楼负一层放射科CT室1 |
| 20 | X射线计算机体层摄影设备（Ⅲ） | 场所辐射环境监测 | 1台 | 3号楼三层健康体检中心CT室5 |
| 21 | C形臂X射线机（Ⅲ） | 场所辐射环境监测 | 1台 | 9号楼一层泌尿外科体外冲击波碎石 |
| 22 | X射线骨密度检测仪（Ⅲ） | 场所辐射环境监测 | 1台 | 10号楼负一层核医学科骨密度室1 |
| 23 | 医用血管造影X射线机**（Ⅱ）** | 场所辐射环境监测 | 1台 | 10号楼六层麻醉科手术室06 |
| 24 | 医用直线加速器**（Ⅱ）** | 场所辐射环境监测 | 1台 | 8号楼负一层肿瘤科放疗室 |
| 25 | 电子直线加速器**（Ⅱ）** | 设备性能防护检测场所辐射环境监测 | 1台 | 住院部加速器治疗室 |
| **合计** |  |  | **25** |  |

**二、服务要求**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **序号** | **项目** | **要求** |
| ★1 | 资质要求 | 具备合法的经营许可，具有放射卫生技术服务机构乙级及以上资质证书，省外机构须提供在川备案表。 |
| ★2 | 人员要求 | 具备满足院方需求的具备资质的相关专业技术人员，必要时还需具备聘请专家团队予以指导的能力。 |
| ★3 | 服务期限 | 本次合作期限为3年，合同一年一签，期满后双方可协商续签。 |
| ★4 | 服务地点 | 成都市温江区人民医院本部及所属其他院区 |
| ★5 | 服务内容及时限要求 | 1、按照法律法规、标准要求，根据采购人提供的资料和现场设备、机房情况，科学、客观、真实编写报告书，如采购人提供的资料不合理或现场存在问题，及时向采购人反馈专业意见并建议及时进行整改，采购人整改后，应及时整理和完善相关报告书。2、根据相关法律法规、标准要求进行设备、机房检测，如采购人设备性能不合格或机房防护不符合要求，应及时向采购人反馈意见，采购人根据反馈意见整改后，服务商应再次组织进行检测，直至各项检测合格，出具检测报告。3、接到医院通知后，3天内对以上射线装置进行年度检测（性能及辐射环境检测），检测合格后15个工作日内出具符合相关要求的检测报告。 |
| ★6 | 报价要求 | 报价应是最终采购人验收合格后的总价，包括但不限于实施和完成本项目所需的监测服务、出具报告、保险、税金、劳务、管理、材料、差旅、税金、利润等一切费用，采购人不再支付其他任何费用。 |
| ★7 | 付款方式 | 服务完成后，经院方验收通过且服务商开具合规发票后15个工作日一次性支付全额合同费用。相关验收及考核细则合同内另行约定。 |
| ★8 | 配套服务要求 | 免费提供包括但不限于人员培训、业务咨询、专家论证、技术支持等配套服务。 |
| ★9 | 本地化服务要求 | 投标人应具备本地化服务能力，服务响应时间应在2小时内，并即时安排相关专业人员与业主对接。 |
| ★10 | 保密要求 | 服务商需对所提供的资料及在执行本项目过程中所获得的采购人商业秘密负有保密义务，且仅为实施本项目之目的使用。未经院方同意不得向任何第三方泄漏，也不得进行披露. |

“★”号项为实质性要求，必须满足。

**三、文件要求应答表**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 采购文件要求 | 响应文件应答内容 | 响应/偏离（正偏离或负偏离） |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

注：

1. 供应商必须把本文件内的要求全部列入此表。

2．按照本文件要求的顺序逐条对应应答，未应答按照未响应处理。

3．供应商必须据实应答，不得虚假应答，否则将取消成交资格。

供应商名称： （盖单位公章）

法定代表人/单位负责人或被授权人（签字或盖个人名章）：

日 期：

**四、报价明细表**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 内容 | 数量 | 单价（元） | 合价（元） | 备注 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| 报价合计金额（大写）： |

注:

1、本表的总价格应是最终用户验收合格后的总价，包括完成本项目的所有费用。必须报出总价的各个主要组成部分的价格。

2、应完整填写内容名称。

供应商名称： （盖单位公章）

法定代表人/单位负责人或被授权人（签字或盖个人名章）：

日 期：

**五：供应商类似项目业绩一览表**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **年份** | **用户名称** | **项目名称** | **完成时间** | **合同金额** | **是否通过验收** | **备注** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

注：以上业绩需提供磋商文件要求的有关书面证明材料。

供应商名称：XXXX（盖单位公章）

法定代表人/单位负责人或授权代表（签字或加盖个人印章）：XXXX

日期: XXXX

**注：如本项目不涉及可不提供此表**