|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **半导体激光治疗仪** | | | | | |
| **一** | **总体要求** | | | |  |
| 1 | 满足科室要求，凡涉及设备安装及施工由中标方负责，按照科室要求提供交钥匙工程 | | | | 具备 |
| 2 | 投标时要求提供原厂家的检验报告、技术参数表及产品彩页 | | | | 具备 |
| **★**3 | 提供医疗器械注册证 | | | | 具备 |
| 4 | 提供近三年的销售业绩 | | | | 提供 |
| 5 | 仪器配备所有软件使用最新版本且终身免费升级，端口免费开放，能与我院各信息系统无缝对接 | | | | 具备 |
| 6 | 数量 | | | | 1台 |
| **二** | **技术要求** | | | |  |
| 1 | 用于对皮科甲真菌病的治疗,尤其适用于对常规药物治疗耐受性差的患者及老年病人 | | | | 具备 |
| 2 | 激光类型：半导体激光 | | | | 具备 |
| 3 | 激光波长：635nm&405nm | | | | 具备 |
| 4 | 激光照射强度:405nm ：≥5.0J/cm2 | | | | 具备 |
| 5 | 激光照射强度:635nm ：≥2.30J/cm2 | | | | 具备 |
| 6 | 输出方式：635nm&405nm双波长同时连续输出 | | | | 具备 |
| 7 | 波长谱宽度：≤6nm | | | | 具备 |
| 8 | 激光器输出功率：635nm：17.25mW±1.25mW，405nm：23mW±2mW | | | | 具备 |
| 9 | 符合 GB 9706.1-2007、GB7247.1-2012、YY0505-2012 的要求 | | | | 具备 |
| 10 | 提供详细配置清单及分项报价(含名称、品牌、规格型号、数量、单价) | | | | 具备 |
| 11 | 提供设备附件及各类配件详细报价（含名称、品牌、规格型号、数量、单价) | | | | 具备 |
| 12 | 提供配套一次性无菌巾及其他配套耗材医疗器械注册证及长期供应价格（含名称、 品牌、规格型号、单价） | | | | 具备 |
| **三** | **技术及售后服务** | | | | 具备 |
| **★**1 | 整机质保期≥3年，在质保期内每年由维修工程师提供至少4次的上门维护保养工作 | | | | 具备 |
| 2 | 中标后，提供厂家保修承诺 | | | | 具备 |
| 3 | 中标方应对设备操作及维修人员进行操作及维修培训，直至技术人员熟练掌握使用及维修技能为止，提供详细培训记录,提供设备设计使用寿命 | | | | 具备 |
| 4 | 维修保障：提供中文说明书、操作手册、详细维修手册、电路图、系统安装软件及维修密码，软件系终身免费升级 | | | | 具备 |
| 5 | 一个月内非人为质量问题提供换货。设备出现故障时2个小时内响应，6小时内提供维修方案及报价，24小时内到达现场，郑州有常驻工程师，提供工程师姓名及联系方式 | | | | 具备 |
| 6 | 到货时间：合同签订后30日历天内 | | | | 具备 |
| **申请部门** | | **（科室主任签字、日期）** | **审核** | **（签字、日期）** | |
| **医学装备部** | | **（签字、日期）** | **主管领导审批** | **（签字、日期）** | |

以上参数由签字确认后即满足科室使用需求，