

附件 1：公司资质要求

- 1、报价公司要求提供营业执照、医疗器械经营许可证、第二类医疗器械经营备案凭证复印件并盖公章。
- 2、提供法定代表人证明书、法定代表人授权委托书，并加盖公章。
- 3、提供产品参数与配置清单、同产品近期成交参考价（提供合同、发票复印件等）、产品彩页等资料，并加盖公章。
- 4、报价需响应全部设备，不能只响应部分设备。

附件 2：高清眼底广角照相系统和数码裂隙灯显微镜主要技术参数需求

一、高清眼底广角照相系统主要技术参数

- 1、基本要求:真色彩、高清、广角眼底成像，可用于全面眼底检查，眼健康体检，诊断、随访和管理；
- 2、成像技术原理：共焦激光扫描技术或宽线眼底成像技术生成真实眼底色彩眼底图像；
- ▲3、AMD 筛查和疾病管理:≤7.3um 高分辨、真彩、自发荧光随访；
- 4、1 类激光产品一根据 IEC60825-1，多个波段扫描成像，呈现眼底真实色彩；
- ▲5、功能：真彩照、红光、绿光、蓝光、红外、绿自发荧光、蓝自发荧光和眼前节等拍照功能；
- 6、采集范围:133° -267° ；
- 7、图像捕获速度≤0.2s；
- 8、免散瞳拍照，最小瞳孔≤3.3mm；
- ▲9、激光扫描，包含激光波长组合，435 nm≤蓝光≤500nm, 500nm≤绿光≤585nm, 红 585 nm≤红光≤670nm；
- 10、操作拍摄方式:实时红外预览，≤12 帧/秒；
- 11、智能操作:自动调焦、自动增益、自动眼别、2 角度自动超广角成像；
- 12、摇杆操作:患者无需移动头位，由临床医生主导完成多角度操作检查；
- ▲13、自发荧光用于揭示黄斑变性中早期视网膜色素上皮层(RPE)改变，黄斑营养不良萎缩期的变化、视网膜色素变形、视网膜脉络膜萎缩、并预测地图样萎缩进展；
- 14、红光成像:透过视网膜血管和色素上皮层，显示脉络膜病变细节，有助于观察脉络膜病变如色素痣或肿瘤；
- 15、绿光成像:视网膜血管，出血血红蛋白吸收强，显示视网膜对比少尤其是血管和出血的对比。清晰观察糖尿病性视网膜病变、视网膜裂孔；
- ▲16、蓝光成像:凸显视网膜浅层(RNFL&ILM)，清晰观察视网膜神经纤维层(RNFL)缺损、及丢失进展情况；

- 17、具有红外成像 IR 功能，红外光具有强的组织穿透特性，用于观察脉膜，睑板腺等深层结构；
- 18、自发荧光功能，用于观察如年龄相关性黄斑变性早期轻微改变，视乳头病变等；
- 19、蓝自发荧光功能，用于观察黄斑变性中早期视网膜色素上皮层改变等；
- 20、高分辨眼前节图像:用于评估眼表和眼附属器如角膜溃疡，白内障的核型与白内障术前评估；
- 21、分辨率 $\geq 1920 \times 1080$,全高清带 LED 背光和多点触摸电容屏显示器；
- 22、屈光补偿 $-24D \sim +20D$ ；
- 23、采用高度可调整的一体化患者头托设计，无需操作者与患者头部接触辅助固定；
- 24、配备一体化主机电动升降台，人体工程学设计，方便轮椅患者检查。
- 25、整机原厂保修 4 年。
- 26、配置清单

序号	配置	单位
1	主机	1 台
2	眼别自动识别额托软件系统	1 套
3	升降桌	1 张
4	4K 高清显示屏	1 台
5	HDMI 线	1 根
6	打印机	1 台
7	真彩照片功能模块	1 套
8	绿光功能模块	1 套
9	蓝光功能模块	1 套
10	红外功能模块	1 套
11	绿自发荧光模块	1 套
12	蓝自发荧光模块	1 套
13	立体照相模块	1 套
14	眼前节拍照功能模块	1 套
15	电源线	1 套
16	防尘罩	1 个

二、数码裂隙灯显微镜主要技术参数

(一) 显微镜部分

- 1、类型：伽利略类型
- 2、放大模式：鼓式，3 档放大倍率
- 3、放大倍率级数视标尺寸：10/16/25
- 4、总体放大倍率（实际视野）：10.00（ $\phi 22.5\text{mm}$ ），15.98（ $\phi 14.1\text{mm}$ ），25.53（ $\phi 8.8\text{mm}$ ）
- 5、目镜放大倍率：12.5X
- 6、屈光度调节： $-5D \sim +5D$
- 7、瞳孔（PD）调节范围：55~78mm

(二) 照明部分

- 1、照明区域：裂隙宽度：0~9mm，可连续调节，裂隙长度：可在0.2~9mm，其中1-8mm可连续调节
- 2、光圈直径： $\phi 9, 8, 5, 3, 2, 1, 0.2\text{mm}$
- 3、裂隙方向：垂直至水平均可调节
- 4、倾角： $5^\circ, 10^\circ, 15^\circ, 20^\circ$ 侧摆可用
- 5、滤光片：蓝色滤光片、无赤光滤光片、ND滤光片、防紫外线滤光片、防红外线滤光片
- 6、照明灯：卤素灯，6V，20W

(三) 底座部分

- 1、前后可移动范围： $\leq 90\text{mm}$
- 2、左右可移动范围： $\leq 100\text{mm}$
- 3、垂直可移动范围： $\leq 30\text{mm}$
- 4、所有方向微调范围： $\leq 12\text{mm}$

(四) 下颌托部分

- 1、垂直调节范围： $\leq 80\text{mm}$
- 2、固视标：LED光源，可根据屈光调节

(五) 数码相机

- 1、一体式内置专业医用数码相机，无需外接相机
- ▲2、采集方式：静态图片、动态视频、智能张连拍（可获取拍摄前后的图像，减小眼动干扰）
- 3、曝光模式：自动/手动
- ▲4、动态图像： $\geq 1294 \times 970 / 24 \text{ fps}$ 动态显示和录像

(六) 配置清单

序号	配置	数量
1	主机	1
2	12.5倍目镜	1
3	操作软件	1
4	数码照相机	1
5	采集软件	1
6	颌托纸	1
7	说明书	1
8	防尘罩	1
9	电动升降台	1
10	品牌电脑	1
11	喷墨打印机	1
12	额外颌托纸固定卡子	2

附件 3：询价报价文件模板

法定代表人证明书

报价单位：

地 址：

(姓名)系(报价单位)的法定代表人。

特此证明。

附：身份证复印件正反面

投标人（单位公章）：

法定代表人（签字或盖章）：

日期： 年 月 日

法定代表人授权委托书

兹授权（委托代理人姓名）为我方委托代理人，其权限是：
办理_____项目的报价事宜。本授权书有效期一年，
自法定代表人签字之日起生效。

附：代理人性别： 年龄： 职务：
 身份证号码：

附：身份证复印件正反面

授权单位（单位公章）：
法定代表人（签名或盖章）：
委托代理人：（签名或盖章）

日期： 年 月 日

报 价 函

阳春市人民医院:

我司经研究有关资料及相关要求后，对_____项目
作出如下报价:

(报价明细可另附表格)

联系人:

电话:

报价单位 (盖章):

法定代表人或授权委托人 (签字或签章):

日期: 年 月 日

附件 4: 报价单位营业执照 (复印件) 加盖公章

附件 5：医疗器械经营许可证（复印件）加盖公章

附件 6：医疗器械经营备案凭证（复印件）加盖公章

附件 7:

资信承诺书

阳春市人民医院:

我单位在参加 _____ 项目的报价活动中,郑重承诺如下:

- 1、我方报价的所有资料都是真实、准确、完整的;
- 2、我方无资质挂靠公司等违法经营行为;
- 3、我方没有被各级行政主管部门做出停止市场行为的处罚;
- 4、若我方中标,将严格按照规定及时与贵司签订合同;
- 5、若我方中标,将严格按照所承诺的报价等内容组织实施。

若我方违反上述承诺,被贵院发现或被他人举报查实,无条件接受贵院作出的不良行为处罚。对造成的损失,任何法律和经济责任完全由我方负责。

报价单位(盖章):

法定代表人或授权委托人(签字或签章):

日期: 年 月 日

附件 8:

“信用中国”网站信用证明加盖公章