**南通市妇幼保健院**

**儿童综合大楼输液室软硬件配套建设项目**

**采购编号：2024XXXJ001**

**询价文件**

**采购单位：南通市妇幼保健院**

**2024年3月**

**目 录**

第一部分 询价公告…………………………………………………………………….1

第二部分 询价文件组成…………………………………………………………...8

**南通市妇幼保健院**

**儿童综合大楼输液室软硬件配套建设项目**

**询价公告**

儿童综合大楼输液室需新增输液硬件配套设施，同时在现行流程中，患者需要分别在药房和输液室之间奔波，导致患者在就医过程中的体验不佳。为提高医疗服务质量和患者满意度，需对现有流程进行优化和改进。将药房和输液室报到环节合并，有助于减少患者在医院内的行走时间，降低信息不对称带来的风险，提高医疗资源分配效率，减少安全隐患，提升患者的就医体验。本次建设内容主要是增加新输液室的配套设施，致力于创建一种高标准、高质量的输液护理服务新模式，以适应医院建设的发展步伐。

一、采购内容

项目名称：儿童综合大楼输液室软硬件配套建设项目

项目编号：2020XXXJ001

采购预算：8万元

二、报价供应商资格要求

1、具有独立承担民事责任的能力；具有良好的商业信誉和健全的财务会计制度；具有履行合同所必需的设备和专业技术能力；有依法缴纳税收和社会保障资金的良好记录；参加政府采购活动前三年内，在经营活动中没有重大违法记录。

三、项目需求

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **序号** | **货物名称** | **数量** |
| 1 | 多频物联网基站 | 11台 |
| 2 | 通讯网关 | 1台 |
| 3 | 无线呼叫单元（含底座） | 100个 |
| 4 | 智能安卓终端 | 3台 |
| 5 | 移动输液管理系统实施辅材 | 1套 |

## （一）总体要求

1、部署移动输液管理系统；通过移动计算技术、RFID技术、条码识别技术及移动终端，规范和优化医院输液室工作流程。

2、部署统一的物联网，考虑到简化实施的复杂度以缩短周期，方便后期管理和维护，以及输液室的整体美观程度，采用集无线网和RFID传感网功能于一体的物联网AP设备，便于以后固件插卡升级扩展。

## （二）相关配套设备要求

### 1、多频物联网基站

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **序号** | **指标** | **技术规范要求** |
| 1 | 通信方式 | TCP/IP |
| 2 | 通信频率 | 430MHZ/2.4GHZ |
| 3 | 通信距离 | 0~30m |
| 4 | 供电 | poe供电 |
| 5 | 尺寸（长\*宽\*高) | ≤ 214mm\*128mm\*32mm |
| 6 | 操作温度 | -10℃ ～ +50℃ |
| 7 | 贮藏温度 | -40℃ ～ +85℃ |
| 8 | 操作湿度 | 5% ～ 95% |
| 9 | 贮藏湿度 | 10% ～ 90% |

### 2、通信网关

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **序号** | **指标** | **技术规范要求** |
| 1 | 电源 | 宽电压输入110-260VAC/50Hz |
| 2 | 网络端口数 | ≥12路PoE供电网络接口,2路数据上联接口 |
| 3 | 传输速率 | 10Mbps/100Mbps |
| 4 | 网络标准 | 要求支持IEEE 802.3,IEEE 802.3u,IEEE802.3af |
| 5 | 传输模式 | 全双工/半双工自适应 |
| 6 | 背板带宽 | ≥3.2Gbps |
| 7 | 包转发率 | 10Mbps:14880pps；100Mbps:148800pps； |

### 3、无线呼叫单元（含底座）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **序号** | **指标** | **技术规范要求** |
| 1 | 总体要求 | 只读型 ID号全球唯一 |
| 2 | 工作频率 | RFID 433MHz |
| 3 | 射频功率 | ≤10dBm |
| 4 | 发射距离 | ≥30M |
| 5 | 工作环境温度 | -40℃- +85℃ |
| 6 | 使用寿命 | ≥6年 |

### 4、智能安卓终端

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **序号** | **指标** | **技术规范要求** |
| 1 | 输出分辨率 | ≥1080P |
| 2 | 视频播放格式 | 支持DAT,VOB,MPEG,MPG,AVI,MP4,ASM等常规格式 |
| 3 | 音频播放格式 | 支持MP3,WAV,WMA,OGG,AAC,FLAC等常规格式 |
| 4 | 画面浏览 | 支持JPG,JPEG,BMP,PNG,GIF等常规格式 |
| 5 | 本机存储 | ≥4GB |
| 6 | 存储卡类型 | 支持TF卡 |
| 7 | 视频接口 | HDMI;内置wifi |
| 8 | 音频接口 | HDMI |
| 9 | 其他接口 | USB HOT,USB device |
| 10 | 电压 | 12V |

四、询价采购报价须知

1、请各报价供应商于2024年3月15日14:00前将加盖单位公章的报价单及相关资格文件送达南通市妇幼保健院行政楼416室。逾期不再接收。

2、采用一次报价方式，不可修改。

3、成交后，成交结果将于南通市妇幼保健院官（www.ntfybj.com）公示。

五、采购单位确定

符合报价供应商资格要求和采购需求且报价最低的单位确定为本次询价采购供应商。

六、其他

1、交货期（服务时间）：自合同签定之日起30天内，完成全部货物的现场安装部署调试工作（因采购单位原因造成的延期除外）。

2、交货（服务）地点：南通市妇幼保健院指定地点。

3、供应商产品与医院现有移动输液系统能够兼容，供应商还需负责与医院现有移动输液系统对接且承担第三方收取的因对接工作收取的接口费。（需提供承诺函）。

4、验收标准

（1）在项目内容安装调试完成后，使用科室进行验收、验收合格后出具验收单，并作为支付货款的依据。

（2）双方签署最终验收文件时，成交商应提交全套、完整的软件配置、操作手册、技术资料等，以及所有与用户、软件等相关联的说明、表格等资料，并有责任帮助整理、装订、归档。

5、售后服务

（1）投标人有良好的售后服务能力，需提供全年7\*24小时服务（电话、远程或现场），并在接到招标人通知后24小时内到达现场。

（2）投标人应充分考虑满足投标项目的建设要求，提出项目实施、项目培训、售后服务方案。

（3）投标人需提供不少于1年的软件和硬件系统免费维护服务，免费维护期从系统验收合格之日起计算，免费维护期内，每年不低于2次的例行维护及巡检。免费维护期满后，维护服务另行协商。

6、付款方式

合同签订后30日内支付全款的60%，验收合格后30日内支付全款的30%，免费维护期结束后支付全款的10%。付款前乙方需开具有效的增值税发票。

七、本询价项目联系事项

报名地点：南通市妇幼保健院行政楼416室

联系人：羌女士

联系电话：0513-59008062

南通市妇幼保健院

2024年3月8日

**询价文件组成**

**询价文件由资格审查证明材料、报价单两部分组成。**

**一、资格审查证明材料（正本一份、副本二份，单独密封）**

1、关于资格的承诺函（附件1）；

2、法定代表人身份证明书（提供复印件并加盖公章）；

3、如非法定代表人投标，需提供法人授权委托书（附件2）；

4、其他需要提交的资格审查证明材料。

**二、报价单（一式二份，单独密封）**

**附件1**

**承诺函**

南通市妇幼保健院：

本公司作为本次项目的投标人，郑重承诺具备以下条件《政府采购法》第二十二条：

一、具有独立承担民事责任的能力；

二、具有良好的商业信誉和健全的财务会计制度；

三、具有履行合同所必需的设备和专业技术能力；

四、有依法缴纳税收和社会保障资金的良好记录；

五、参加政府采购活动前三年内，在经营活动中没有重大违法记录；

本公司对上述承诺的真实性负责。如有虚假，将依法承担相应责任。

投标人名称（盖章）：XXXXXXXX

法定代表人或授权代表（签字或盖章）：XXXXXXXX

日期： 年 月 日

**附件2**

**法定代表人身份证明**

（法定代表人参加投标，须出示此证明）

南通市妇幼保健院：

我公司法定代表人 　　　参加贵单位组织的\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_（采购项目名称)项目的招标采购活动，全权代表我公司处理该项目活动的有关事宜。

附：法定代表人情况：

姓名：XXXXXX 性别：XX 年龄：XXXX 职务：XXXXXX

身份证号码：XXXXXX XXXXXX XXXXXX XXXXXX

手机：XXXXXX XXXXXX

传真：XXXXXX XXXXXX

单位名称（公章） 法定代表人（签字或盖章）

年 月 日 年 月 日

法定代表人身份证复印件

（粘贴此处）

**授权委托书**

（委托代理人参加投标，须出示此证明）

南通市妇幼保健院：

兹授权 （被授权人的姓名）代表我公司参加\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_（采购项目名称)项目的招标采购活动，全权处理一切与该项目招标有关的事务。其在办理上述事宜过程中所签署的所有文件我公司均予以承认，我公司对被授权人签名的所有文件负全部责任。

被授权人无转委托权。特此委托。

附：被授权人情况：

姓名：XXXXXX 性别：XX 年龄：XXXX 职务：XXXXXX

身份证号码：XXXXXX XXXXXX XXXXXX XXXXXX

手机：XXXXXX XXXXXX

传真：XXXXXX XXXXXX

单位名称（公章） 法定代表人（签字或盖章）

年 月 日 年 月 日

法定代表人身份证复印件

（粘贴此处）

被授权人身份证复印件

（粘贴此处）

**南通市妇幼保健院**

**询价采购报价单**

编号：xxxxxxx

投标人全称（加盖公章）

项目名称：xxxxxxxxxxxxxxx

硬件设备购置需求清单

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 名称 | 型号 | 数量 | 单价（元） | 金额（元） |
| 1 |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |
|  | 合计 |  |  |  |  |

注：1、有限价标注的，报价时不得突破，否则作为无效响应。

2、大写金额和小写金额不一致的，以大写金额为准。

法定代表人或委托代理人（签名）：

报价人名称（公章）：

报价人：

报价人联系电话：

付款承诺：

其它承诺：