

## 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。

## 附件 2：电针治疗仪等设备清单

序号	设备名称	单位	数量	备注
1	电针治疗仪	台	30	
2	红外线治疗器	台	7	
3	特定电磁波治疗器	台	3	
4	艾灸排烟系统	台	1	
5	磁振热治疗仪	台	1	

## 附件 3：主要技术参数需求

### 一、电针治疗仪主要技术参数

#### （一）主要功能

1. 能辅助探测人体穴位。
2. 有无针针灸—脉冲理疗功能。
3. 有电针治疗功能。
4. 能代替人工按摩。
5. 具有医疗定时装置及音乐提示功能。
6. 具低压、低频、双向特点，开机输出安全保护装置，治疗特别安全。

#### （二）主要技术参数

1. 输入电压：85VAC-265VAC
2. 输出电压：9VDC
3. 输出功率：5W
4. 输出组数：单组
5. 电压稳定度：±1%
6. 负载稳定度：±1%（20%负载—100%负载）

7. 纹波比率： $\leq 1\%$
8. 效率： $\geq 75\%$
9. 输出的基波脉冲具有低压、低频、与人体生理频率范围一致。
10. 输出脉冲波形有五种可供选择：（1）连续波（2）疏密波（3）间歇波（4）三角波（5）锯齿波
11. 有六组输出，每组可独立调节幅度大小，可供同时或分别使用。
12. 通用电压转换器，具有软起动，短路保护，过压保护，过载保护，过热保护。确保仪器使用更安全，更可靠。

### （三）配置清单

1. 电针夹子导线（输出线 配合针灸针使用）6 条；
2. 扣式电针线（配合扣式葫芦型自粘贴片）2 条；
3. 扣式葫芦型自粘贴片 2 副
4. 金属穴位探笔 1 支
5. 说明书 1 本 、外接电源 1 个（100v-240 全球通用电源）

## 二、红外线治疗器主要技术参数

### （一）主要功能与临床应用范围

广泛应用于：颈椎病、腰椎病、肩周炎、网球肘、腱鞘炎、筋膜炎、消化不良、急性、慢性功能性腹泻、风湿性关节炎等；痛经、盆腔炎、神经麻痹症、神经衰弱、脑血管意外后引起的后遗症、脑卒中、神经性脂溢性皮炎、皮肤湿疹、带状疱疹；全身软组织损伤、骨折术后、保健、失眠、疲劳不适等。

### （二）主要技术要求

定时方式： 电子定时  
频率范围： 0.6--2.5 微米  
电源电压： 220V  
频率： $\leq 50\text{HZ}$   
灯头功率： $\geq 250\text{W}$   
灯头直径： 约 17CM  
工作高度： 可在 40~150cm 内任意调节  
灯头俯角： 可在 90° 内调节  
时间： 10 分钟、20 分钟、30 分钟、40 分钟、50 分钟、60 分钟可调。  
温度： 三档位或者五档位可调。

## 三、特定电磁波治疗器主要技术参数

### 1. 主要功能与临床应用范围：

广泛应用于：成年人各种痛症、慢性功能性腹泻、风湿性关节炎等；痛经、盆腔炎；神经麻痹症、神经衰弱、脑血管意外后引起的后遗症、脑卒中、神经性脂溢性皮炎、皮肤湿疹、带状疱疹、鼻窦炎、全身软组织损伤等。尤其是适合头面部患者康复治疗时候配合使用，如：面瘫、眼肌麻痹、耳聋、头面部外伤、头晕头痛等。

2. 电源电压：AC220V（50HZ）
3. 功率：400W
4. 红外热辐射理疗灯俯角： $\leq 60^\circ$
5. 红外热辐射理疗灯可调高度：50~135cm
6. 红外热辐射理疗灯灯头旋转角度： $360^\circ$

7. 时间：可调 15 分钟、30 分钟、45 分钟、60 分钟。

## 四、艾灸排烟系统主要技术参数

(一) 功能：4 床位排烟系统 1 套，用于医院艾灸排烟；

(二) 设备要求：

1. 静音低噪、耐高温、免支撑、环保材质、净烟去味；关节臂可 360 度旋转调节方向，易拆卸、重组及清洗，关节松紧旋钮调节，关节臂配带气动调节阀，可任意定制长度，可更换吸烟罩大小。

2. 包安装。

(三) 配置清单：

1. 万向吸气臂 4 套：优质铝合金材质关节臂配约 850\*550mmPC 透明罩，长度 $\geq$ 2 米；

2. 关节臂接口约 100mm，管壁约 75mm；

3. 管道风机 $\geq$ 1 台：静音 315P 风机风量 $\geq$ 2206M<sup>3</sup>/H；

4. 吸烟罩 4 个：长 850mm\*宽 550mm\*高 200mm 耐高温易清洗，韧性好耐冲击，强劲排烟；

5. 配件：三通 4 个，大小头 2 对，阀 4 个。

## 五、磁振热治疗仪主要技术参数

(一) 主要功能与临床应用范围

广泛适用于 1、软组织损伤——韧带、肌肉、软组织扭挫伤、肌肉劳损；2、颈肩腰腿痛——颈椎病、腰椎间盘突出症、肩周炎；3、关节痛——关节炎、风湿性关节炎、类风湿性关节炎、骨性关节炎；4、慢性支气管炎，慢性盆腔炎；5、胃肠神经官能症——腹泻、便秘；6、神经痛。

(二) 主要技术要求

1. 采用磁场、振动、温热三种物理因子相结合和进行同步治疗。

2. 独立双通道输出，双通道参数可独立调节，可同时治疗两个患者或者部位

3. 磁场强度：磁感应强度在 10mT—50mT 的范围内可调，步长为 10 mT，误差为 $\pm$ 10%。

4. 振动频率：单一振动模式：30Hz，40Hz，50Hz，60Hz，四种频率可调。振动时间 2s，振动周期 2s，3s，4s，5s 可调。多频振动模式：30Hz，40Hz，50Hz，60Hz 循环扫引，误差 $\pm$ 2Hz。

5. 振动时间 2s，振动周期 10s，12s，14s，16s 可调

6. 治疗温度 40℃，46℃，52℃，58℃共 4 级可调，精度： $\pm$ 3℃。

7. 颈肩型，标准型，膝肩型三种治疗导子可供选择。

## 附件 4：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 5: 报价单位营业执照 (复印件) 加盖公章

附件 6：医疗器械经营许可证（复印件）加盖公章



附件 7：医疗器械经营备案凭证（复印件）加盖公章

附件 8:

## 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 9:

“信用中国”网站信用证明加盖公章