采购项目需求与实施计划调查表

<table>
<tr><td>项目申请科室</td><td colspan="2">口腔科</td><td colspan="3">联系人及其电话：马岩电话：18726908750</td></tr>
<tr><td>项目名称</td><td colspan="5">压力蒸汽灭菌器</td></tr>
<tr><td>单价（元）</td><td>25000</td><td>数量（期限）</td><td>1 台</td><td>总预算（元）</td><td>25000</td></tr>
</table>

一、项目预算价确定依据（如咨询同级别医院、相关供应商或其他形式的市场调查，请详细说明并提供资料）：通过网络检索并咨询同级医院同类设备采购价格进行预算。

二、采购需求（包括技术要求和商务要求，如对拟采购项目的质量和服务要求，性能、材料、结构、外观、安全，或者服务内容和标准等，且须考虑可能涉及的运行维护、升级更新、备品备件、耗材等后续采购情况）：

1.容积：≥25L 且＜30L。
2.灭菌温度：121 摄氏度，134 摄氏度。
3.特殊灭菌：灭活朊病毒及芽孢等。
4.干燥程序：真空干燥，器械剩余湿度＜0.2%。
5.操作界面：全触控显示屏。
6.开门方式：全自动电动门。
7.管路清洗：智能内部管路清洗功能。
8.敞开式水箱可消毒清洗，材质应符合医疗器械相关安全及卫生标准；直排废水系统。
9.报警系统：具有故障报警功能。
10.水单元检测：水质检测，缺水提示。
11.灭菌室配置：≥5 层活动托盘架配≥3 个托盘。

二、配置需求：

1.压力蒸汽灭菌器整机 1 台
2.器械盘支架 1 台
3.器械盘 1 台
4.硅胶防烫护手 1 套
5.排水管 1 套
6.锅内排水过滤网 1 套
7.外置废水箱组件 1 套
8.热敏打印机 1 台

是否需要配套封闭式耗材（□是、☑否）。封闭式耗材，其价格不得超过收费标准的___%。

招标参数中：“★”号条款为实质性条款，若有任何一条负偏离或不满足则导致投标无效。“▲”号条款为重要技术参数，若有“▲”条款未响应或不满足，将导致其响应性评审加重扣分，但不作为无效投标条款。为鼓励不同品牌的充分竞争，如某设备的某技术参数或要求属于个别品牌专有，则该技术参数及要求不具有限制性，投标人可对该参数或要求进行适当调整，但调整后的设备整体上要优于或相当于招标文件的相关要求，并说明调整理由，且该调整须经评委会审核认可。

三、采购实施计划（包括供应商资格条件、项目实施要求、验收付款条件等）：

1、质保期__5__年（如质保期要求超过所投设备使用年限，则质保期=所投设备使用年限）。

质保期内，出现故障时，2 小时内响应，12 小时内到达现场维修，24 小时内未能修复时提供备用设备。

2、所投设备使用年限 ≥10 年（投标人自报）。

3、本次采购为国产设备，所投设备的生产日期距离到货之日，不得超过 3 个月 。

4、其他按常规医疗设备采购项目实施。

四、其他要求：无

论证人员签名（不少于三人）：

年 月 日