**附件2**

**2025年口腔科设备采购项目采购需求调查反馈意见报告**

公司名称（盖章）：

采购人：广州市白云区钟落潭镇卫生院

调查组织单位：广东远东招标代理有限公司

2025年3月

**表1**

**企业营业执照**

致：广州市白云区钟落潭镇卫生院/广东远东招标代理有限公司

根据2025年口腔科设备采购项目采购需求调查内容，我公司现按要求提交反馈意见。

联系方法：（包括但不限于：联系人、联系电话、手机、传真、电子邮箱等）

反馈意见的产品为（🗌口腔综合治疗台 🗌口腔正压缩机组 🗌口腔负压缩机组 🗌口腔纯水系统）

【备注】在“🗌”打“🗸”

后附企业营业执照

公司名称：（全称并加盖单位公章）

日期：2025年 月 日

**表2**

**相关产业发展情况**

致：广州市白云区钟落潭镇卫生院/广东远东招标代理有限公司

注：供应商应针对本项目提供相关产业发展情况说明，附件相关佐证材料（如有）。

1.现有产品的技术路线、工艺水平、技术水平或行业的发展历程、行业现状等：

2.可能涉及的企业资质（如生产企业准入资格）、产品资质（如涉及到强制检验）、人员资质（如电工、焊工等证件）：

3.涉及的相关标准（含国家标准）和规范：

公司名称：（全称并加盖单位公章）

日期：2025年 月 日

**表3**

**市场供给情况**

致：广州市白云区钟落潭镇卫生院/广东远东招标代理有限公司

注：供应商应针对本项目提供市场供给情况说明，附件相关佐证材料（如有）。

1.市场竞争程度：

2.价格水平或价格构成：

3.履约能力、售后服务能力：

公司名称：（全称并加盖单位公章）

日期：2025年 月 日

**表4**

**2022年以来所递交的产品的相同品牌型号的最低的成交价格记录（如有）**

致：广州市白云区钟落潭镇卫生院/广东远东招标代理有限公司

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **采购人** | **项目名称** | **项目预算** | **中标/成交人** | **中标/成交价** | **中标/成交品牌** | **中标/成交型号** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

注：供应商应针对本项目提供公司同品牌型号设备的历史成交价格信息，如有应列表并附上相关合同等材料（如有）。

公司名称：（全称并加盖单位公章）

日期：2025年 月 日

**表5**

**后续采购情况**

致：广州市白云区钟落潭镇卫生院/广东远东招标代理有限公司

可能涉及的运行维护、升级更新、备品备件、耗材等情况（主要设计的相关部件如电机、电池、电控系统须明确体现）：

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **项目** | **内容** | **费用说明** | **备注** |
| 1 | 设备的运行维护 | 1. 设备在质保期内的运行维护时间、周期及相关费用 2. 设备在质保期后的运行维护时间、周期及相关费用 3. 设备在质保期的时间 4. 设备的使用年限 |  |  |
| 2 | 升级更新（如有） | 1. 设备在质保期内的升级更新承诺及相关费用； 2. 设备在质保期后的升级更新承诺及相关费用 3. 负责设备升级更新的年限承诺 |  |  |
| 3 | 备品备件（非耗材类，如有） | 1. 设备在质保期内的备品备件相关费用； 2. 设备在质保期后的备品备件相关费用； 3. 备品备件的详细清单（按标配备品备件及可选备品备件进行区分列明） |  |  |
| 4 | 耗材（如有） | 1. 设备在质保期内的耗材相关费用； 2. 设备在质保期后的耗材相关费用； 3. 耗材的详细清单（按标配耗材及可选耗材进行区分列明） |  |  |

注：供应商应针对本项目提供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说明，可自行增加行数进行详细说明，附件相关佐证材料（如有）。

公司名称：（全称并加盖单位公章）

日期：2025年 月 日

**表6**

**生产厂家的情况**

致：广州市白云区钟落潭镇卫生院/广东远东招标代理有限公司

【备注】本次项目的行业划分为工业，根据《关于印发中小企业划型标准规定的通知》（工信部联企业〔2011〕300号）的规定：工业。从业人员1000人以下或营业收入40000万元以下的为中小微型企业。其中，从业人员300人及以上，且营业收入2000万元及以上的为中型企业；从业人员20人及以上，且营业收入300万元及以上的为小型企业；从业人员20人以下或营业收入300万元以下的为微型企业。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 设备名称 | 设备的制造商全称 | 制造商从业人员数量 | 制造商2022年度的营业收入 | 制造商的资产总额 | 企业属性（大型、中型、小型或微型） |
| 1 |  |  |  |  |  |  |
| …… |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

公司名称：（全称并加盖单位公章）

日期：2025年 月 日

**表7 产品相关情况（技术参数、性能、工艺说明）**

致：广州市白云区钟落潭镇卫生院/广东远东招标代理有限公司

**表7-1 （适用口腔综合治疗台【备注】尽可能提供宣传彩页或实体照片、第三方检测报告（如有）等佐证资料。**

设备名称：口腔综合治疗台

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 内容 | 供应商所提供的产品技术参数情况 | **备注/说明** |
| 1 | 治疗台侧箱和患者椅是否采用分体落地式结构，维护简单？ |  |  |
| 2 | 是否可实现下班后患者椅无需升到最高，患者椅降到最低，管线也不会拖地？ |  |  |
| 3 | 地箱是否可以为内置设计？ |  |  |
| 4 | 患者椅采用电机驱动还是液压驱动座椅升降及靠背前后运动？要求运行平稳，震动小 |  |  |
| 5 | 患者椅子的表面包裹材质？ |  |  |
| 6 | 是否具备多功能脚踏？是否可融合机椅互锁系统，椅位靠背、俯仰，一键冲痰、漱口、复位、静音可微控手机转速等功能？ |  |  |
| 7 | 患者椅高度升降范围最低可降至多少mm？最高可升至多少mm？ |  |  |
| 8 | 患者椅的头枕位置是否采用不少于两关节设计？是否可实现单手连续调节头枕俯仰角度度和高度，以适应不同高度的患者以及儿童和轮椅患者，都能获得舒适的治疗位置？ |  |  |
| 9 | 座椅是否具备机椅互锁功能？是否可保证任一手机工作时，椅位及其他器械处于自动锁定状态？ |  |  |
| 10 | 是否具备下挂式医生单元？含多少个器械盘？具备多少个挂架 ？是否可预留光固化/洁牙机位？ |  |  |
| 11 | 医生控制面板是否为按键式触摸控制面板？ |  |  |
| 12 | 是否具有可置物的医生单元器械盘？是否能同时具有防滑的易擦拭可高温高压消毒硅胶垫？ |  |  |
| 13 | 医生侧控制面板及器械盘能否以悬臂式接在治疗主体？是否可单手精准定位医生单元高度？ |  |  |
| 14 | 助手操作台能否采用落地式结构，直接与牙椅底座连接？旋转关节的数量是多少？能否确保具有广泛的运动范围，医生两手操作时，关节可充分打开，方便医生取拿助手操作台上的器械？ |  |  |
| 15 | 助手操作台是否采用紧凑型结构，直接与痰盂底座相连，让助手有更大的活动空间？ |  |  |
| 16 | 助手操作台是否可具备不少于4个器械搁架？ |  |  |
| 17 | 助手操作台是否具备按键式触摸控制面板，水杯加水，痰盂冲水，手术灯开关功能？ |  |  |
| 18 | 痰盂的材质？是否可旋转？是否可拆卸？ |  |  |
| 19 | 是否具备全自动水路、气路管路消毒系统？是否可实现无需额外医护人员操作，避免器械管线在消毒中长时间折弯带来的损耗？ |  |  |
| 20 | 手术灯是否可实现无散射，不产热，无极调节，可最大化满足临床各种治疗需求？是否可实现手术灯照度不窄于8000lx-30000lx？ |  |  |
| 21 | 手术灯的控制方式？ |  |  |
| 22 | 是否可配备牙科专用内窥镜（含数字显示触摸屏）？ |  |  |
| 23 | 是否具备手机机头、治疗台内部多重独立的防回吸设计，彻底防止交叉感染的发生？ |  |  |
| 24 | 吸唾管线是否设有过滤网？过滤网是否易于取出及清洁冲洗？ |  |  |
| 25 | 是否可提供具备CMA标识的第三方检测报告或其他第三方检测报告 |  |  |
| 26 | 设备结构、材料、工艺说明（供应商自拟） |  |  |
| 27 | 设备的优势说明（供应商自拟） |  |  |
| 28 | 在本次项目的预算范围内的设备的标准配置清单及在超过设备预算的情形下可另行加价选则安装的配置清单 |  |  |
| 29 | 质保期期限及售后服务的时效性 |  |  |
| 30 | 其他供应商认为可以添加的内容（如功能性介绍、材质介绍、安全措施介绍等等） |  |  |
| 31 | 交货期 |  |  |

**【备注】供应商可自行增加表格行数进行完整说明。宣传彩页或实体照片、第三方检测报告（如有）等佐证资料附表后。**

公司名称：（全称并加盖单位公章）

日期：2025年 月 日

**表7-2 （适用口腔正压缩机组）【备注】尽可能提供宣传彩页或实体照片、第三方检测报告（如有）等佐证资料。**

设备名称：口腔正压缩机组

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 内容 | 供应商所提供的产品技术参数情况 | **备注/说明** |
| 1 | 电压？ |  |  |
| 2 | 功率？ |  |  |
| 3 | 频率？ |  |  |
| 4 | 气缸数量？ |  |  |
| 5 | 能否适合不少于8台椅位？ |  |  |
| 6 | 在 5bar 的输出流量？ |  |  |
| 7 | 储气罐容量？ |  |  |
| 8 | 压力范围？ |  |  |
| 9 | 噪音水平？ |  |  |
| 10 | 重量？ |  |  |
| 11 | 尺寸(宽x深x高)？ |  |  |
| 12 | 是否可提供具备CMA标识的第三方检测报告或其他第三方检测报告 |  |  |
| 13 | 设备结构、材料、工艺说明（供应商自拟） |  |  |
| 14 | 设备的优势说明（供应商自拟） |  |  |
| 15 | 在本次项目的预算范围内的设备的标准配置清单及在超过设备预算的情形下可另行加价选则安装的配置清单 |  |  |
| 16 | 质保期期限及售后服务的时效性 |  |  |
| 17 | 其他供应商认为可以添加的内容（如功能性介绍、材质介绍、安全措施介绍等等） |  |  |
| 18 | 交货期 |  |  |

**【备注】供应商可自行增加表格行数进行完整说明。****宣传彩页或实体照片、第三方检测报告（如有）等佐证资料附表后。**

公司名称：（全称并加盖单位公章）

日期：2025年 月 日

**表7-3 （适用口腔负压缩机组）【备注】每尽可能提供****宣传彩页或实体照片、第三方检测报告（如有）等佐证资料。**

设备名称： 口腔负压缩机组

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 内容 | 供应商所提供的产品技术参数情况 | **备注/说明** |
| 1 | 功率？ |  |  |
| 2 | 能否适合不少于8台椅位？ |  |  |
| 3 | 电压？ |  |  |
| 4 | 频率？ |  |  |
| 5 | 断路最大安培？ |  |  |
| 6 | 进水口直径？ |  |  |
| 7 | 排水口直径？ |  |  |
| 8 | 自来水入口水管？ |  |  |
| 9 | 负压值？ |  |  |
| 10 | 工作噪音？ |  |  |
| 11 | 重量？ |  |  |
| 12 | 尺寸(宽x深x高)？ |  |  |
| 13 | 是否可提供具备CMA标识的第三方检测报告或其他第三方检测报告 |  |  |
| 14 | 设备结构、材料、工艺说明（供应商自拟） |  |  |
| 15 | 设备的优势说明（供应商自拟） |  |  |
| 16 | 在本次项目的预算范围内的设备的标准配置清单及在超过设备预算的情形下可另行加价选则安装的配置清单 |  |  |
| 17 | 质保期期限及售后服务的时效性 |  |  |
| 18 | 其他供应商认为可以添加的内容（如功能性介绍、材质介绍、安全措施介绍等等） |  |  |
| 19 | 交货期 |  |  |

**【备注】供应商可自行增加表格行数进行完整说明。宣传彩页或实体照片、第三方检测报告（如有）等佐证资料附表后。**

公司名称：（全称并加盖单位公章）

日期：2025年 月 日

**表7-4 （适用口腔纯水系统）【备注】尽可能提供宣传彩页或实体照片、第三方检测报告（如有）等佐证资料。**

设备名称： 口腔纯水系统

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 内容 | 供应商所提供的产品技术参数情况 | **备注/说明** |
| 1 | 是否可为移动式？ |  |  |
| 2 | 净化的方法？ |  |  |
| 3 | 最大制水量？（L） |  |  |
| 4 | 进水水质要求？ |  |  |
| 5 | 是否具备全程微电脑智能控制，设备开机自检，LED 显示屏实时显示工作状态 ？ |  |  |
| 6 | 外壳材质？是否可防锈抗老化？ |  |  |
| 7 | 是否具有高压、低压、漏电保护功能，停水缺水保护、水满待机等功能？ |  |  |
| 8 | 是否具备水质监测功能，可监测原水与纯水水质，如 TDS/PPM/等？ |  |  |
| 9 | 是否可配备进水压力与水流量恒定控制、供水恒压稳定单元？ |  |  |
| 10 | 是否具备维护提醒功能？是否可实现各组滤芯可在显示屏上面查看滤芯更换周期？ |  |  |
| 11 | 是否具备预处理系统？预处理是否为快接式？是否可实现滤芯材料自动正、反洗等功能，延长滤芯使用寿命？ |  |  |
| 12 | 预处理一级滤芯的材质？ |  |  |
| 13 | 预处理二级滤芯的材质？ |  |  |
| 14 | 电压？ |  |  |
| 15 | 是否可提供具备CMA标识的第三方检测报告或其他第三方检测报告 |  |  |
| 16 | 设备结构、材料、工艺说明（供应商自拟） |  |  |
| 17 | 设备的优势说明（供应商自拟） |  |  |
| 18 | 在本次项目的预算范围内的设备的标准配置清单及在超过设备预算的情形下可另行加价选则安装的配置清单 |  |  |
| 19 | 质保期期限及售后服务的时效性 |  |  |
| 20 | 其他供应商认为可以添加的内容（如功能性介绍、材质介绍、安全措施介绍等等） |  |  |
| 21 | 交货期 |  |  |

**【备注】供应商可自行增加表格行数进行完整说明。宣传彩页或实体照片、第三方检测报告（如有）等佐证资料附表后。**

公司名称：（全称并加盖单位公章）

日期：2025年 月 日

**表8**

**设备报价单**

致：广州市白云区钟落潭镇卫生院/广东远东招标代理有限公司

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 设备名称 | 品牌型号 | 制造商名称 | 产地 | 保修年限 | 设备单价报价（元） |
| 1 |  |  |  |  |  |  |
| …… |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

【备注】

1.设备单价报价包含货物的设计、制造、包装、运输、装卸、安装调试、检测、培训、保险、税费、人工费、验收费、技术服务等费用（包括技术资料等的提供）、质保期保障等一切支出、所有税费和其他服务以及合同实施过程中应预见和不可预见的一切费用。

2.设备单价报价必须包含标准配置清单中的所有内容及相关功能，不含另行加价选择安装的配置清单中的所有内容。

3.在同品牌同型号的情形下，如此表价格超出表4《2022年以来所递交的产品的相同品牌型号的最低的成交价格记录（如有）》的价格达到10%或以上，请附上详细的情况说明。

公司名称：（全称并加盖单位公章）

日期：2025年 月 日