竞争性比选采购

|  |
| --- |
| 项目编号：NJKQ-2025CG044项目名称：国家医师资格实践技能考试(口腔类别)仿真头模套装、专用橡皮障隔离术模型 |

南京市口腔医院

二O二五年五月

第一章 采购邀请

南京市口腔医院就国家医师资格实践技能考试(口腔类别)仿真头模套装、专用橡皮障隔离术模型进行竞争性比选采购，有关事宜公告如下：

一、采购项目信息：

1.项目编号：NJKQ-2025CG044

2.项目名称：国家医师资格实践技能考试(口腔类别)仿真头模套装、专用橡皮障隔离术模型

3.采购项目用途、数量、简要技术要求等：详见采购文件

4.采购项目内容:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 名   称 | 数量 | 预算(万元) | 限价（万元） | 是否接受进口 |
| 1 | 国家医师资格实践技能考试(口腔类别)仿真头模套装、专用橡皮障隔离术模型 | 一批 | 6万元 | 3.8 | 否 |

二、采购文件获取的时间、方式、公告期限等:

自即日起至应答截止时间前，从南京市口腔医院网站公告下载栏免费下载。

三、报名截止时间：

**2025-05-22 17:00**

报名联系人姓名：王老师 联系电话：025-83620164

**报名邮箱：njkqcgzx2022@163.com** (**仅接受邮箱报名**，公司+联系人+联系电话+所投产品)

**医院纪检监督电话：025-83620316**

四、提交响应文件:

提交响应文件开始时间：2025-05-23 8:05

提交响应文件截止时间：2025-05-23 8:25

提交响应文件地点：南京市口腔医院2号楼9楼902办公室

五、采购时间和地点

时间：2025-05-23 8:30

地点：南京市中央路30号南京市口腔医院2号楼9楼903会议室

**注：1、应答文件一式四份，一正三副。同时提交PDF版本。纸质版或PDF版缺一者，视为无效应答。**

 **2、应答文件报价超预算者视为无效应答。**

**3、资质证明文件不得缺项。**

**4、所提供合同复印件不得遮挡任何信息，否则认定为无效合同**

**第二章 评标标准**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 评分项目 | 评审标准 | 分值 |
| 1 | 价格 | 采用低价优先法计算，即满足采购文件要求且应答价格最低的应答报价为评标基准价，其价格分为满分。 | 30 |
| 其他应答人的价格分统一按照下列公式计算：应答报价得分=(评标基准价/应答报价)×30（小数点保留两位） |
| 2 | 技术 | 设备技术参数全部满足采购要求的得满分24分；打▲号指标，如有一项负偏离将扣5分；非打▲号指标，有一项负偏离扣2分，扣完为止。 | 17 |
| 3 | 业绩 | 生产厂商自2022年以来，具有同类项目类似单位业绩，需提供合同复印件，每提供一份得3分，满分10分。 | 9 |
| 4 | 供货期 | 承诺在中标后7天内可供货的得4分，在中标后10天内可供货的得2分，不承诺不得分。（此条需提供承诺函，格式自拟） | 4 |
| 5 | 资质条件 | 提供与国家医学考试中心签订的合作意向书得10分，未提供不得分。 | 10 |
| 6 | 市场认可 | 评委根据应答产品原产地、市场占有率、信用度以及对该产品品牌质量和服务的了解评分，优得3分，良得2分，一般得1分 | 3 |
| 7 | 质量保证 | 供应商具有成熟可靠的项目质量管理体系，能保证项目正常稳定实施并保证服务质量。评委根据质量保证方案阐述进行综合打分。 | 9 |
| 项目实施标准规范、质量保证体系好、实际操作性强，保障措施严谨，得9分； 项目实施符合规范、质量管理体系、实际操作性一般，保障措施合理，得6分； 项目实施基本规范、质量管理体系、实际操作性弱，保障措施一般，得3分； 未提供不得分。 |
| 8 | 售后服务 | 评委根据供应商提供的售后服务方案进行综合打分，具体方案包括但不限于:售后服务方案、维保方案、服务响应时间、技术培训方案、备品备件、软件升级及系统扩展方案等。 | 9 |
| 售后服务方案科学合理，服务响应时间最快、维保价格优惠、设备系统安装、调试、验收方案完善，进度安排合理的得9分； |
| 售后服务方案部分合理，服务响应时间一般、维保价格合理、设备系统安装、调试、验收方案基本完善，进度安排基本合理的得6分； |
| 售后服务方案一般，服务响应时间较慢、维保价格不合理、设备系统安装、调试、验收方案不会完善，组织进度安排较差的得3分；未提供不得分。 |
| 9 | 风险管理 | 评委根据供应商对项目执行中可能遇到的风险有预测，有合理可行的风险应对方案进行综合打分。 | 9 |
| 应急方案细化全面、应急措施科学合理得9分； 应急方案较全面，应急措施恰当得6分； 应急方案不够全面，应急措施欠缺得3分； 未提供不得分。 |
| 合计 | 100 |

**说明：所有认证、证明和业绩均以有效的证明文件的复印件为依据。**

**第三章 采购需求**

**一、技术要求**

**（一）仿真头模套装（牙椅固定式仿头模套装）（4套）**

▲为固定在牙科椅上的固定版仿头模（配套教学模型），基础配置与国家医学资格考试用仿头模相同，由高级仿头模系统和配套实习训练模型系统组成。（**提供医考证明文件**）

1.高级仿真头模：

1)包含咬合器、面罩和头颅盖，配有仿真肩体，完全模拟人体结构。头盖骨为可翻式设计，与咬合器采用隐藏式螺纹固定，拆卸安装便利，外形与人体相似。头颅与肩体采取球形接头，可随意角度调整头模上下左右的角度。

2)高级头模颌架配有的咬合器前伸髁道斜度≥30度，侧方髁道斜度≥15度。带有模拟人耳，可上面弓，可真实地模拟下颌运动数据的转移。

3)配有模拟人体参数的咬合器，其根据人体解剖学要求再现了眶耳平面，鼻翼耳平面，以及颌平面和下颌切点，可进行下颌开闭口位、前伸位和侧向位的模拟运动。

▲4)高级头模面罩空间模拟人体，密闭防水，可存储手机出水，可模拟人体进行牵拉；模拟口唇周围采用加厚工艺，防撕裂和损坏，拆卸方便，便于清洗维护。牵拉力值：≥130N。（提供相关证明材料）

5)配套实习模型与仿头模咬合器采用高磁性固位装置连接，并设置顶出按键，模型安装采用磁吸附式高磁性固位装置连接（非螺丝固位或磁吸后手动抠出）。

2、牙椅固定装置：

牙椅固定版仿头模的专用配置，可广泛应用于各品牌牙科治疗椅。

3、配套模型：

▲1)专用脓肿切开与牙体预备模型。模型由半口固定牙列模型、模拟脓肿，半口可拆卸牙列模型含粉红色软质模拟粘膜及连接上下颌模型的金属咬合器四部分组成，其半口固定牙列模型部分牙齿与基托为一整体，材料为硬质树脂材料，其中左右两侧的后牙区有4个突起装置，用于装载可替换的模拟脓肿部分。模拟脓肿部分采用仿真设计，粘膜部分为粉红色硅橡胶软质材料，脓液为淡黄色液体。模拟脓肿的内侧面凹陷与半口牙列模型突起部分一致，每次使用后可替换。半口可拆卸牙列模型含粉红色软质模拟粘膜：其中半口基托采用硬质树脂材料，在基托的基础上将粉红色软质模拟粘膜装载后牙齿模型可以通过螺丝固定在基托上，根据需要更换不同牙位的牙齿模型。符合国家考试中心对国家医师资格考试用仿头模及模型的要求，消耗用牙齿相同（需提供证明文件）。

▲2)专用拔牙模型。材质：环氧树脂/医用硅胶/工艺铝材；大小：1：1；组成：模型上下颌半口牙列模型、粘膜和D咬合器组成。11、14、16、21、24、26、31、34、36、41、44、46为可进行拔牙操作的带牙根的以粘结剂粘结的单颗模型牙齿。材质为环氧树脂。金属咬合器可模拟咬合关系。表面无破损。符合国家考试中心对国家医师资格考试用仿头模及模型的要求，消耗用牙齿相同（需提供证明文件）。

3) 为专用缝合模型。材质：环氧树脂/染色齿槽工艺/工艺铝材；大小：1：1 ；尺寸：≥150mm\*110mm\*70mm；组成：本产品由不锈钢基座、带槽的透明中空管和乳胶片组成；

**（二）专用橡皮障隔离术模型（10套）**

1）由颚、牙龈、牙齿、咬合器四个部分组成；

2）带有28颗密胺牙齿的标准牙列模型，牙冠形态为亚洲人特征。每颗牙通过螺钉固定在标准模型上，牙间隙可通过牙线，牙齿可以拆卸；

3）牙龈和龈乳头是由硅橡胶制作的，颚由为环氧树脂材质的。

▲4）专用橡皮障隔离术模型；符合国家考试中心对国家医师资格考试用仿头模及模型的要求，消耗用牙齿相同（需提供证明文件）。

▲5）模型可配套国家考试要求的窝沟封闭牙进行窝沟封闭操作使用。牙冠为解剖形态，带单直根，采用特殊填料设计制作，整体牙齿颜色偏黄。使用窝沟封闭酸蚀剂进行酸蚀处理时会跟真实的临床处理方式及处理结果一致，酸蚀部分呈现白垩色状态，可以装载于牙颌模型内专门进行窝沟封闭实训，与国家医师资格考试用模型耗材匹配，可以互换使用。（需提供可配套满足医考要求的窝沟封闭术牙齿样品）

▲6）可以配套国家考试要求的嵌体/二类洞制备用牙齿操作使用，具备带有髓腔形态，具有髓室顶、髓室底、髓角、根管口、根管等结构；近、远中颊侧髓角到颌面距离3.5—3.8mm，髓室顶到髓室底约1.5mm；近中根管长度约8mm；远中根管长度约6mm；髓室根管内壁具备红色染料；模拟真实临床预备牙结构，与国家医师资格考试用模型耗材匹配，可以互换使用。（需提供可配套满足医考要求的嵌体/二类洞制备用牙齿样品）

**二、商务要求**

★1、交货时间：自接到甲方通知后**5日内**完成供货。整机出厂日期**要求最新**。货物必须原装原厂，未使用过的全新设备。

★2、付款方式：合同签署后，乙方全部设备验收合格，完成入库手续后，甲方支付合同总额的40%；全部设备正常运行三个月，完成南京市口腔医院医疗设备售后服务评价后，支付合同总额的50%；待壹年期满（壹年期为全部设备安装调试验收合格之日起12个月），完成南京市口腔医院医疗设备售后服务评价，无质量问题且符合付款条件后，一次付清10%余款，以上款项均为无息支付。货物有质量问题时，甲方暂扣尾款直至乙方修复好设备或产品缺陷，且乙方须赔偿甲方的经济损失；货物有质量问题，一次性给甲方造成的经济损失达到本合同总价的2.5%以上时或累计经济损失超过合同总价的5%时，甲方有权不予支付尾款，乙方同时须承担修复好设备的责任，如尾款不能弥补给甲方造成的经济损失，乙方还应继续赔偿甲方的全部经济损失。

★3、质保期：设备验收合格后整机**原厂质保不少于壹年，**质保期外提供终身维修服务，软件终身使用及升级，如果产生费用，由供应商承担。

★4、送货地点：供应商负责将货物运到采购人指定地点，由供应商负责办理运输和装卸等，费用由供应商负责，所有设备的运输、基础架安装、设备安装须由中标供应商提供。由采购人组织验收，检验不合格或不符合质量要求，供应商除无条件退货、返工外，还应承担采购人的一切损失。送设备时，供应商负责处理外包装的箱子等垃圾，不得丢在医院内。

5、维修保证：

（1）维修响应时间：投标人1小时内作出响应，4小时内到达采购人现场，如需提供维修备件，48小时内提供到位。如若供应商在48小时内无法修复故障，供应商需提供备用机或备件，否则采购人可自行采取必要的措施，由此产生的风险和费用由中标供应商承担。如有特殊情况，供应商应立即电话通知用户不能响应的原因，在获得用户同意后，才可推迟响应时间。

（2）质保期内，供应商更换设备备件耗材，并承担维修人员的往返差旅费费、人工费、维修所需备件的搬运费、安装调试费以及系统软件升级等一切费用。质保期外，供应商提供终生维修服务，保证零配件的供给，供应商维修只收取配件费，不收取其他费用（包含但不限于维修人员的往返差旅费费、人工费、上门服务费、维修所需备件的搬运费、安装调试费以及系统软件升级等）。

（3）维修配件的更换：要求为原厂配件，如需更换配件，需采购人单位签字确认。投标人所提供的备件必须是原厂的合格零备件，零备件具有原厂出库单/报关单等证明文件。

6、质保期内保养：

（1）对设备及相关配套设备作出定期维护保养计划（在投标文件里列出并作为合同附件履行），定期进行保养、维护，并提供记录（设备清洁、性能测试及校准、必要的机械或电气的检查，根据客户要求对设备的数据进行备份。根据用户要求的时间段，进行必要的保养工作），**每年不少于 4 次**。

（2）对我院工程技术人员进行培训，以便及时处理简单故障保证设备正常使用。

（3）保修期内提供不限次数现场维修，更换所含备件及耗材，如果产生费用，由供应商承担。

7、提供设备的系统软件及硬件的安全性改版升级和技术支持，如果产生费用，由供应商承担。

8、验收标准：供方提供的商品必须符合我国最新颁布的与之相关的技术规范与标准，同时必须满足招标书中所列全部规格、型号、具体配置、技术条件及功能要求和供方承诺的其它指标。

9、货物到达需方地址至验收合格期间，由供应商负责保管，若因保管不当造成的质量问题，供应商应负责修理，同时费用由供应商承担。

10、提供质保期满后的年维保价格,包括具体维保内容、常用/易损配件价格等（单独报价不含在投标总价内）。

★11、根据国家保密法律法规，供应商在参与项目采购、服务保障过程中，需严格依法承担保密义务，采取严格有效的内部保密制度和措施，避免无关人员获悉相关信息。供应商应对获得的或收到的采购人的商务、财务、技术、产品的信息、用户资料或其他文件或信息的内容保守秘密。事先未经采购人书面同意，不得向本项目以外的任何其他方披露。

12、如果采购人需要，供应商应当承诺：

（1）投标系统、投标产品能与南京市口腔医院集成平台或相关业务系统对接。

（2）如果接入第三方系统产生费用，该费用由中标人承担。

备注：本项目★为实质性内容，不允许偏离，偏离视为无效投标。▲号项为重点项，按负偏离处理。

**第四章 应答文件格式及附件**

**应 答 文 件**

**项 目 编 号： （包 ）**

**应答货物名称：**

 **应答人名称 ：**

 **日 期 ：**

**评分索引表**

|  |  |
| --- | --- |
| **评分项目** | **在应答文件中的页码位置** |
|  |  |
|  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |
|  |  |
|  |  |

**应答文件主要目录及相关证明材料格式、附件**

1. 应答申请及声明
2. 法定代表人授权书
3. 开标一览表
4. 资格证明文件
5. 分项报价表（若有）
6. 应答项目核心产品及主要产品一览表（若有）
7. **设备配置清单**
8. **设备耗材及维修配件价格表**
9. **原厂售后服务承诺书**
10. 技术条款偏离表
11. 商务条款偏离表
12. 项目实施、集成、实施方案（若有）
13. 服务与承诺
14. 应答需要的其他证明文件及材料（若有)

 附件一、无重大违法记录声明格式

 附件二、 具备履行合同所必需的设备和专业技术能力的声明格式及证明材料

**目录一、应答申请及声明格式**

应答申请及声明

致：南京市口腔医院

 根据贵方 （项目名称） （项目编号）应答邀请，正式授权下述签字人 (姓名和职务)代表应答人 （应答人名称），提交应答文件。

据此函，签字人兹宣布声明和承诺如下：

1、**我们的资格条件完全符合政府采购法和本次采购要求**，我们同意并向贵方提供了与应答有关的所有证据和资料。

2、按采购要求，我们的应答总报价为（大写）元人民币。其中，小型企业的产品为（大写）元人民币。

3、我们已详细审核全部采购文件及其有效补充文件，我们放弃对采购文件任何误解的权利，提交应答文件后，**不对采购文件本身提出质疑**。否则，属于不诚信和故意扰乱政府采购活动行为，我们将无条件接受处罚。

4、我们同意从规定的开标日期起遵循本应答文件，并在规定的应答有效期期满之前均具有约束力。

5、一旦我方中标，我方将根据采购文件的规定严格履行合同，并保证于承诺的时间完成服务的启动/集成、调试等服务，交付采购人验收、使用。

6、我方决不提供虚假材料谋取中标、决不采取不正当手段诋毁、排挤其他供应商、决不与采购人、其它供应商恶意串通、决不向采购人和评委进行商业贿赂、决不拒绝有关部门监督检查或提供虚假情况，如有违反，无条件接受贵方及相关管理部门的处罚。

8、与本应答有关的正式联系方式为：

地 址：

电 话：

传 真：

开户银行：

银行账号：

供应商授权代表姓名（签字）：

供应商名称： （盖章）

日 期： 年 月 日

**目录二、法定代表人授权书格式**

法定代表人授权委托书

南京市口腔医院：

本授权书声明：注册于 （应答人住址）的 （应答人名称）法定代表人 （法定代表人姓名、职务）代表本公司授权在下面签字的 （应答人代表姓名、职务）为本公司的合法代理人，就贵方组织的（项目名称），（项目编号）应答，以本公司名义处理一切与之有关的事务。

本授权书于 年 月 日签字生效，特此声明。

法定代表人签字：

 授权委托人签字：

日 期： 年 月 日

**目录三、开标一览表格式**

 开标一览表

|  |  |
| --- | --- |
| 项目名称：  | 项目编号： |
| 序号 | 名 称 | 报价（元） | 备注 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 应答总价（人民币，大写） | 元 |
| 应答货物中有无进口产品 | 有 无 |

供应商名称: （盖章）

1、在“应答货物中有无进口产品”栏后“有”或“无”上打“√”。

**目录四、资格证明文件（不得缺项）**

1. 法人或者其他组织的营业执照等证明文件；
2. 具备履行合同所必需的设备和专业技术能力的证明材料；
3. 参加政府采购活动前3年内在经营活动中没有重大违法记录的书面声明；
4. 应答人须提供法定代表人身份证(复印件)或法定代表人授权委托书（复印件）；
5. 应答货物为进口设备，应答人须提供代理商/经销商证书（代理授权书复印件）或制造商专项授权书（复印件）；
6. 应答产品按国家规定须医疗器械注册证的，应答人须提供应答产品的《医疗器械注册证》（复印件）；
7. 应答人为医疗器械经营企业的，须根据应答产品的类别，提供应答人的《医疗器械经营企业许可证》或者《Ⅱ类医疗器械经营备案凭证》（复印件）；
8. 医疗器械生产企业应答本企业产品的，须提供《医疗器械生产许可证》（复印件）；

**目录五、分项报价表格式**

分项报价表

|  |  |
| --- | --- |
| 项目名称：  | 项目编号： |
|  序号  | 名称 | 品牌、规格或型号或分项目 | 数量 | 单价**（**元**）** | 总价（元） | 备注 |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| 总价小计： |  |

供应商名称： （盖章）

说明：1、如果行数不够，请自行增加。

**目录六、应答项目核心产品及主要产品一览表格式**

应答项目核心产品及主要产品一览表

（至少填报应答产品分项报价中总价最高的两个产品）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 项目名称： | 项目编号： |  |
| 序号 | 名称 | 品牌、规格或型号 | 数量 | 单价（元） | 总价（元） | 质保年限 |
| 1 |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |

供应商名称: （公章）

**\*附配置清单**

**目录七、设备配置清单**

 **设备配置清单**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **设备名称** | **规格型号** | **数量** | **单位** | **品牌** | **备注** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

**目录八、设备耗材及维修配件价格表**

 **设备耗材及维修配件价格表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **名称** | **规格型号** | **数量** | **单位** | **价格/元** | **最终价格/元** | **备注** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

**目录九、原厂售后服务承诺书（格式自拟）**

**目录十、技术条款偏离表格式**

技术条款偏离表

|  |  |
| --- | --- |
| 项目名称： | 项目编号： |
| 序号 | 采购文件条目号 | 采购要求规格 | 应答响应 | 偏离 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

供应商名称： （盖章）

说明：

1、供应商应逐一说明应答产品和服务响应；

2、如果行数不够，请自行增加。

**目录十一、商务条款偏离表格式**

商务条款偏离表

| 项目名称： | 项目编号： |
| --- | --- |
| 序号 | 采购文件条目号 | 采购文件要求的商务条款 | 应答响应 | 偏离 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

供应商名称： （盖章）

说明：如果行数不够，请自行增加。

**目录十二、项目实施、集成方案**

 项目实施、集成方案（若有）

**目录十三、服务与承诺**

 服务与承诺

**目录十四、应答需要的其他证明文件及材料**

应答需要的其他证明文件及材料（若有）

**附件一、无重大违法记录声明格式**

无重大违法记录声明

南京市口腔医院：

 我单位 （供应商名称）郑重声明：

 参加政府采购活动前3年内在经营活动中 （在下划线上如实填写：有或没有）重大违法记录。

 （说明：政府采购法第二十二条第一款第五项所称重大违法记录，是指供应商因违法经营受到刑事处罚或者责令停产停业、吊销许可证或者执照、较大数额罚款等行政处罚。）

 声明人：（公章）

 年 月 日

**附件二、具备履行合同所必需的设备和专业技术能力的声明格式及证明材料**

 具备履行合同所必需的设备和专业技术能力的声明格式

南京市口腔医院：

我单位 （供应商名称）郑重声明：我公司具备履行本项采购合同所必需的设备和专业技术能力，为履行本项采购合同我单位具备如下主要设备和主要专业技术能力：

主要设备有： 。( 若有 )

主要专业技术能力有： 。( 若有 )

 声明人：（公章）

 日期：\_\_\_\_\_\_年 月 日

其他证明材料及文件：（如果应答人认为需要提供的话）