**唐山市人民医院市场调研询价邀请函**

**致：各供应商**

医院今年拟采购口腔综合治疗台，现进行市场调研，并向贵公司征询报价。如有意向，请依据以下项目概况为基础，准备以下材料，将扫描件电子版于**2024年3月4日前**发送至指定邮箱。另将纸质材料寄或送至：河北省唐山市路南区胜利路65号唐山市人民医院设备科，张静，15383056308。

1. **公司营业执照、医疗器械经营许可证、医疗器械注册证（如有）各一份（盖章复印件）**
2. **业务人员授权书原件；调研询价报价单原件（见附件1，填全盖章）；产品技术调研问卷原件（见附件2，首页盖章、整份盖骑缝章）**

联系电话：0315-2861591

2024年2月28日

**项目概况：**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 项目名称 | 数量 | 备注 |
| 1 | 口腔综合治疗台 | 10 |  |

**一、基本配置要求**

★1、同牙椅品牌高速手机2支：转速≥310000转/分钟，可进行135℃高温和真空灭菌消毒。

★2、同牙椅品牌气动低速手机 1套：气动低速手机含直、弯机，转速≥20000转/分钟，可进行~135℃高温和真空灭菌消毒。

3、三用枪：可喷水、气、雾 2支，可进行135℃高温和真空灭菌消毒。

4、医生操作台：

★4.1、医生位控制面板设有全电脑触摸感应式控制键，

4.2、超大注塑器械盘提供绝佳医生工作平台，可负荷的重量为1.5kg(均匀分布)；

4.3、器械盘侧面外置可视气压表、总气开关及独立式气压调节旋钮，方便单独调节每一支手机器械工作气压；

4.3、一体椭圆形超大器械盘把手区，配有锁紧按钮，气压锁定器械臂，医生可轻松调节和锁定器械盘高度和角度；

★4.4、独立式可旋转分块式枪架设计，各枪架角度可调，可根据实际需求进行枪架扩充，满足医生个性化使用需求；

5、助手操作单元：

5.1、助手位控制面板设有全电脑触摸感应式控制键。

 5.2、椭圆形助手单元有4个器械挂架：三用枪、强吸、弱吸、光固化（预留），满足助手配合治疗的操作需求；

5.3、多关节助手架方便旋转，有效扩大助手配合治疗的空间；

6、感应式无级调节LED口腔灯

6.1、输入电压：AC12V-24V；功率：9VA；照度：6000lux-32000lux

色温：4000K—5000K；

★6.2、口腔灯控制键为灯手柄开关和感应开关、医生控制台和助手控制台三个位置；

6.3、口腔灯采用无极调光，光照柔和，长时间使用不废眼；

6.4、口腔灯照亮度可保存，下次开启时，自动记忆上次亮度，方便医生操作；

★6.4、移动口腔灯前方的按钮，口腔灯将在普通光源和经过过滤的光源之间切换，过滤光源能够有效地降低光敏修复材料对周围光的敏感性，满足医师的多样化需求。

7、痰盂：可旋转陶瓷漱口盆，可整体拆卸清洗，方便患者使用。

8、手机净水系统：外置式纯净水瓶，水转换开关和水瓶气开关均外置，加水方便，易于观察，满足停水和管路消毒的需求。

9、多功能脚开关：可控制牙椅运行和牙科手机器械的工作。

10、强弱吸唾系统：带有清洗过滤网装置。

11、牙科（患者）椅：

11.1、采用台湾直流电机驱动。牙椅的俯、仰采用快速电机，运行平稳，无搓背感。

11.2、靠背背板为优质钢材制成，靠背背板与牙椅框架整体连接，结实可靠，连接稳固，运行更安全；

★11.3、整机具有联动功能，如灯椅联动，杯水冲盂联动，痰位和杯水冲盂联动（杯水和冲盂本身不联动）；

11.4、二折式头枕，头枕伸缩调节量：150mm，可多角度调整并固定头枕，且可拉伸和锁定，满足成人和老人、儿童、残障人士使用。

11.5、牙科椅承载能力≥150Kg，牙科椅升降承载力：150kg。牙科椅升降范围：410mm——750mm，靠背与水平面俯仰角度：0°- 70°。满足各类患者治疗使用。

11.6、牙科椅垫宽大、舒适，标配单扶手，可选配双扶手，其中右扶手可翻转，方便病人上下。

12、全面安全保障控制：

★12.1、牙椅具有安全保护功能，遇障碍座椅停止运动，并小幅上升；

12.2、当手机工作时，牙科椅被自动锁定，有效避免误操作带来的安全隐患；

12.3、设置负载短路及过载保护，保证了设备电气的使用安全；

13、医生座椅1套：座椅高度可调节，最低椅位425mm，行程120mm，符合人体工程学。

14:配备管路消毒系统一套，内置光固化机一套，内置洁牙机一套，内置内窥镜系统一套，配置齐全，满足日常操作需求。

**附件1：**

**调研询价报价单**

**唐山市人民医院：**

在贵单位组织的序号：项目名称项目市场调研询价中，我方具体报价如下：

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 项目名称 | 推荐设备品牌型号 | 报价（万元）） | 备注 |
| 1 | 口腔综合治疗台 |  |  |  |

并承诺：已了解贵单位询价项目情况，报价真实，并依此履行责任和义务。

报价公司（公章）：

公司地址：

联系电话：

联系邮箱：

法定代表人签字或印章：

日期：

**附件2：**

**医疗设备技术调研问卷**

**项目名称:口腔综合治疗台**

**推荐的产品品牌及规格型号：**

**推荐的产品标签注明的使用期限： 年（提供厂家出具使用期限证明）**

**设备可提供保修期： 年**

**生产企业类型(大型□中型□小型□微型□)**

1. **推荐产品配置及技术参数（请详细列举推荐产品相关参数及其在同类产品中优势）：**

**1.**

**2.**

**….**

**二、其它材料（供应商自愿提供）：**

**1.**

**2.**

**….**