广州中医药大学第一附属医院白云医院

眼科视光相关服务项目招标公告

采购单位：广州中医药大学第一附属医院白云医院

项目名称：眼科视光相关服务项目

项目编号：广中医一院白云医院招【2025】7号

一、项目概况：本项目地点在广州市白云区人和镇鹤龙7路2号

广州中医药大学第一附属医院白云医院，场地建筑面积10~20平方米。现开展我院眼视光相关服务项目招标工作，目的是选择符合要求的投标人协助眼科开展眼视光服务等。

二、场地管理费、服务期限：

场地管理费首年租金标准不低于680元/月，租金每年上浮5%，

无免租期。服务期限为3年。(该报价不包含使用的水电费，水电费具体的金额以使用测算结果为准)如投标价格低于场地管理费，则其投标文件作无效投标处理（报价格式自拟）。

1. 评标办法：综合评标法，本项目确定1家投标人（评标办法

详见附件：评分表）。

四、投标人资质要求

(一）满足《中华人民共和国政府采购法》第二十二条规定的条件，提供以下材料：

（1）具有独立承担民事责任的能力：及以下相关证照的扫描件之一：1）企业法人提供企业法人营业执照；2）事业法人提供事业法人登记证；3）其他组织提供其他组织的营业执照或执业许可证；4）自然人提供居民身份证等。分支机构响应的，还须提供分支机构的营业执照（执业许可证）扫描件及总公司（总所）出具给分支机构的授权书（提交承诺书格式自拟）。

（2）有依法缴纳税收和社会保障资金的良好记录（提交承诺书格式自拟）。

（3）具有良好的商业信誉和健全的财务会计制度（提交承诺书格式自拟）。

（4）履行合同所必需的设备和专业技术能力（提交承诺书格式自拟）。

（5）参加采购活动前3年内，在活动中没有违法记录（提交承诺书格式自拟）。

（6）具备有效的从事眼视光等服务的相关证照（需提交材料格）；

（二）本项目特定的资格条件：

（1）本项目不接受联合体响应。

（2）投标人未被列入“信用中国”网站中“记录失信被执行人

或重大税收违法案件当事人名单或政府采购严重违法失信行为”的记录名单；不处于“中国政府采购网”中“政府采购严重违法失信行为信息记录”的禁止参加政府采购活动期间（以评标小组于资格审查时在上述网站查询结果为准，如在上述网站查询结果均显示没有相关记录，视为没有上述不良信用记录。同时对信用信息查询记录和证据截图存档。如相关失信记录已失效，投标人须提供相关证明资料）。

1. 投标人必须符合法律、行政法规规定的其他条件（提交承

诺书格式自拟）。

（4）投标人须具有医疗器械许可证(第二类/第三类)、公共场所卫生许可证（需提供医疗器械许可证正、副本复印件、公共场所卫生许可证副本复印件）。

五、项目需求书

（一）投标人责任要求如下：

（1）凡增值服务所投入使用的设备、设施等，需自行提供及自

行维修；

1. 提供的眼视光等业务，需要保证服务质量，如因服务质量

导致的经济损失，由公司全权承担；

1. 保证服务质量、人员的服务态度，提供最优质的服务，如

因服务质量导致的投诉等，由公司对服务对象进行协商、赔偿等；

1. 如累计出现赔偿、投诉等事件3次，且造成不良的社会影

响，采购人可以解除合同，不承担违约责任。

2、人员要求：

1.配备从事眼视光相关业务资质的人员不少于2名（提供相关资格证书证明）。

2.能够熟练从事检影验光、主觉验光等。

六、技术参数要求

投标人提供的设备具备下列要求：

(一)、生物测量仪

▲（1）测量范围：眼轴长度12-34mm,角膜厚度300-800um,角膜

曲率半径4.8-11.1mm,轴位角0°-180°,前房深度1.5-6.0mm,晶状体厚度0.5-7.0mm,白到 白距离6.5-16.6mm,瞳孔大小1.9-13.5mm；

（2）显示分辨率：眼轴长度0.01mm,角膜厚度lum,角膜曲率半径0.01mm,前房深度0.01mm,晶状体厚度0.01mm,白到白距离0.01mm,瞳孔大小0.01mmm；

（3）标准偏差：眼轴长度±25um,角膜厚度±2um,角膜曲率半径±10,um,轴位角±9°,前房深度±20um,晶状体厚度±50um,白到白距离±0.3mm,瞳孔大小±0.3mm；

（4）人工晶体计算公式：IOLcalculationformulasBinkHorst-

II,Holladay,Hoffer-Q,Haigis,SRK-T,SRK-II；

（5）角膜屈光手 术 后 的 人 工 晶 体 计 算 公 式:

CalculationforeyesShammas-PL,followingrefractivesurgery；

（6）接口：Interfaces,USB2.0WINDOWS7操作平台下；

（7）电压/频率：Voltage/FrequencyAC220V/50Hz；

（8）功率：Powerconsumption50VA；

（9）激光级别：Laserclass；

（10）可选配工作站，对不同年龄段儿童测量数据进行数据库对照分析提示是否超 出正常值范围。

(二)角模地形图仪

（1）测量方式：Placido锥；

（2）测量覆盖范围：不低于10.91mm(直径)；

▲（3）测量曲率半径范围：5.5mm-10.0mm(33.75D-61.36D)；

（4）测量偏差：±0.02mmPlacido环数：31环；

（5）测量点数：不少于7936点；

（6）可显示轴向曲率图，切向曲率图，矢度图，模拟角膜镜

图；

（7）高质量彩色喷墨打印机输出图像；

（8）测试头调节范围：左右86mm以上；前后40mm以上；上下

30mm以上；颌托支架 50mm以上；

（9）具有角膜接触镜适配功能 ；

（10）具有圆锥角膜检测功能。

(三)电脑验光仪

▲（1）球镜：-25D～+22D(0.12D/0.25D精度)；

（2）柱镜：OD～±10D(0.12D/0.25D精度)；

（3）轴向：0°～180°(1°/5°精度) ；

（4）最小可测瞳孔直径：φ2mm；

（5）瞳距测量范围20～85mm(1mm步长显示)；

（6）外部连接接口USB(输入用),RS-232C(输出用),LAN(输出

用)；

（7）尺寸317mm(W)\times521mm(D)\times462mm(H)；

（8）重量15.0kg ；

（9）电源AC100V~240V50/60Hz,50VA；

（10）具有旋转棱镜技术，可获得精确的测量数据；

（11）简单实用；

（12）8.5英寸LCD触控屏；

（13）可连接局域网。

（14）自动打印，自动切纸

（四）瞳孔全自动跟踪电脑验光仪

主要技术参数：

自动验光仪

（1）全新光路设计，清晰的人眼成像效果,高速图像采集系统、图像处理与分析,人眼自动跟踪与自动测量,屏幕可以上下左右自由旋转电动升降颌托高速打印机，自动切纸；

（2）球镜度的测量范围为-20D～+20D；

（3）柱镜度的测量范围为-6D～+6D(0.06,012,0.25单位)；

（4）柱镜轴位的测量范围为0°～180°(最小分辨率为1°)；

（5）角膜直径: 1.0～12.00mm；

（6）瞳距:10～85mm；

（7）最小瞳孔直径：1.0mm；

（8）测量完成时间：<0.5秒；

（9）测量光能量：<30uw(确保测量安全)；

（10）角膜曲率半径: 6.50～9.50mm(0.01mm精度)；

（11）角膜屈光度: 33.75D～67.5D(角膜等效屈光度为1.3375

时)；

（12）视标：导向云雾图；

（13）储存数据：左右各10次测量值；

（14）数据传输: RS332\蓝牙、WIFI等传输；

（15）显示设备：10.4英寸TFT触摸屏(视角可调)；

（16）打印设备：57mm热敏打印机，自动切纸；

（17）电源: AC100～240V,50/60Hz,宽电源；

（18）净重:≤ 24kg；

（19）包装尺寸: (长)730mm∗(宽)400mm∗(高)585mm。

(五)眼底照相机

主要参数

（1）成像视场为45°,允差±5%；

▲（2）成像方式：CCD对焦成像；

（3）像放大率:0.60,允差±7%；

▲（4）眼底上的像素间距:5.75μm,允差±7%；

（5）摄像闪光的显色指数: Ra≥85;摄像闪光的相关色温:3000K

≤Tc≤6700K；

▲（6）工作模式：全自动一键测量，无需手柄操作。

（7）成像分辨率：

1）视场中心处≥601p/ mm;

2）视场中部处(r/2) ≥401p/ mm;

3）视场边缘处(r) ≥251p/ mm。

4）患者屈光不正补偿的调焦范围：不小于-15D~+15D。

5）最小可拍摄瞳孔直径≤4mm

6）提供全面的病例管理功能，包括：建立、修改、删除、存

档、拷贝、检索等；

7）提供图文病例报告，可通过打印机打印输出：

8）提供眼底图像处理功能，可通过所拍摄的眼底彩色图像获得

以下类型图片：

①去红(Red-free)图像：去除彩色图像中的红色通道，形成黑白

图像；

②血管增强图像：对血管进行对比度增强，使其更加明显；

③神经纤维增强图像：对神经纤维进行对比度增强，使其更加明

显；

④脉络膜增强图像：对脉络膜血管进行对比度增强，使其更加明

显；

（8）激光级别: 1；

▲（9）显示屏：≥10.1英寸彩色触摸显示设备；

▲（10）眼底相机主机和工作站一体式设计，无需外接工作站。

(注：上述所列设备都需提供对针对此项目授权书、医疗器械生产许可证、医疗器械注册证、售后服务承诺函及证明材料加盖公章。上述所列设备至少各提供一台，可更多。需出具承诺函，格式自拟。)

七、其他要求：

（一）员工优惠政策（需提供方案）

（二）培训方案：结合自身优势，提供对医院职工及患者完整的

培训方案，方案须明确培训的次数及培训的内容；（需提供方案）

1. 结合医院人员情况、消费群体、标的现状和医院规范管理

要求等指标，提出服务方案，包括投诉处理、纠纷处理、应急处理及安全管理等，并进行横向对比；（需提供方案）

1. 提供产品的服务质量保证方案。应选人应确保所提供报名

资料的真实性承担法律责任，全部资料一定要真实、完整、清晰可辨，如模糊不清、难以辨认，视为未提供处理，由此造成报名不成功、不能进入评审环节等严重后果由投标人自行负责。

八、投标文件要求：6份(1正5副)，开标前需密封，每份文件

均需按序页码。双面打印。

九、项目需求书条款响应情况：投标人必须对项目需求书的内容

逐条响应。“★”号的条款为关键条款，必须实质性响应，负偏离(不满足要求)将导致投标无效：带“▲”号条款为重点条款，不作为无效投标条款。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 招标需求参数 | 投标实际参数(投标人应按投标设备实际数据填写，不能照抄招标要求) | 是否偏离(无偏离/正偏离/负偏离) | 偏离简述 |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |
| … |  |  |  |  |

十、述标、答辩：

（一）述标部分：述标时间不超过3分钟。述标着重介绍对项目的理解，特别是关键技术层面（如需），述标无需使用PPT。

（二）答辩部分：述标之后，由评审小组提问，投标人如实作答。

（三）投标人应完整、真实、准确的填写招标文件中规定的所有内容，对投标文件所提供的全部资料的真实性承担法律责任，并无条件接受招标采购单位及监督管理部门等对其中任何资料及招标采购单位或监督管理部门认为有必要的资料进行核实的要求。

十二、报名时间及地点

（一）报名时间: 2025年4月23日至2025年4月28日17:00;

（二）报名方式:本项目只接受电子报名,报名邮箱为:byqzyyyzczx@126.com 。请各投标人将报名需要提交资料加盖公章后扫描，将扫描件发至报名邮箱，邮件名称：项目名称+单位名称：

（三）报名提交的资料和响应文件请于评审日当天交至采购人招标采购中心工作人员处。

（1）有效的营业执照复印件(如非“三证合一”证照，同时提供税务登记证及组织机构代码证副本复印件)。投标人在范围内投标，如营业执照未记载范围，同时提供在全国企业信用信息公示系统查询的单位“登记信息”的打印页面并盖章）。

（2）评审只允许各应标单位安排一名应标人员参加，且该人员必须与报名登记表登记的人员一致，该人员凭身份证进入评审地点，若临时更换应标人员需提前与招标采购中心工作人员联系。

十三、开标时间及地点

（一）开标时间：2025年4月29日上午10:30；

（二）开标地点：广州市白云区人和镇鹤龙七路2号广州中医药大学第一附属医院白云医院行政楼四楼会议室；

联系方式：刘老师/邓老师：020-31219129（项目咨询）

李/肖老师：020-36035322（招采流程咨询）

 广州中医药大学第一附属医院白云医院

 2025年4月23日

**附件：**

**法定代表人授权书**

 致：广州中医药大学第一附属医院白云医院

本授权书声明：注册于 （国家或地区）的 （投标人名称）的在下面签字的 （法定代表人的姓名、职务）代表本公司授权在下面签字的 （被授权人的姓名、职务）为本公司的合法代表人，就“**广州中医药大学第一附属医院白云医院眼科视光相关服务项目）（项目编号：广中医一院白云医院招【2025】7号）**”招标的 （可选“报名”），以我方的名义处理一切与之有关的事宜。

本授权书于 年 月 日签字生效，特此证明。

**随附《法定代表人证明书》**

**附件：**

**1、代理人(被授权人)身份证或其他有效的身份证明**

**注：投标人必须在上述附件上加盖公章。**

被授权代表身份证复印件

投标人（法人公章）：

地 址：

法定代表人（签字或盖章）：

职 务：

被授权人（签字或盖章）：

被授权人身份证号码：

职 务：

日期：

（投标人可使用下述格式，也可使用广东省工商行政管理局统一印制的法定代表人证明书格式）

**法定代表人证明书**

 现任我单位 职务，为法定代表人，特此证明。

有效期限：

附：代表人性别： 年龄： 身份证号码：

企业注册号码： 企业类型：

经营范围：

 。

**注：投标人必须在上述附件上加盖公章。**

法定代表人身份证复印件

投 标 人（法人公章）：

日 期：

|  |
| --- |
| 投标报名登记表 |
| 招标项目编号 |  | 报名日期 | 年 月 日 |
| 项目名称 |  |
| 报名单位名称 |  |
| 地址(营业执照) |  | 邮编 |  |
| 报名人 | 姓名 | 身份证号码 | 手机 | 传真 |
|  |  |  |  |
| 投标人（负责投标的人员） | 姓名 | 身份证号码 | 手机 | 电子邮箱 |
|  |  |  |  |