**报价表**

广西壮族自治区胸科医院：

我公司收到贵院关于采购医疗设备的询价函，现将报价回复如下：

表1 设备报价

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **名称** | **生产厂家、品牌、规格型号** | **数量** | **单价（万元）** | **金额（万元）** |
| 1 | 复合式冷热消融系统(低温冷冻治疗系统) |  | 1台 |  |  |
| 合计： |  |
| 注：设备报价指货物、备件、专用工具、安装、调试、检验、技术培训及技术资料和包装、运输等全部费用。 |

表2 复合式冷热消融系统(低温冷冻治疗系统)

部分参数及相关情况表

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **序号** | **项目** | **内容** |
| 1 | 适应症：用于患者全身实体肿瘤的冷冻消融治疗 | 是否具备：□ 是 □否 |
| 2 | 安全性能：安全符合GB9706.1-2007《医用电气设备 第一部分：安全通用要求》的要求及YY 06/78-2008《医用冷冻外科治疗设备性能和安全》的要求。 | 是否具备：□ 是 □否 |
| 3 | 电磁兼容性：符合YY0505-2012《医用电气设备第1-2部分安全通用要求并列标准电磁兼容-要求和试验》的要求。 | 是否具备：□ 是 □否 |
| 4 | 设备噪音：工作时的噪声不大于65db(A)，不包括3S以内的非持续和非周期性噪声。 | 是否具备：□ 是 □否 |
| 5 | 电源：交流 220V±10%，频率 50Hz；输入功率：≤2400VA | 是否具备：□ 是 □否 |
| 6 | 触控显示屏，屏幕尺寸≥15 吋，可以 360︒自由旋转 | 是否具备：□ 是 □否 |
| 7 | 冷冻消融针通道数量≥8 个，所有通道均可实现试刀、固定、冷冻、复温、停止等功能； | 是否具备：□ 是 □否 |
| 8 | 每个通道独立调整冷冻功率从10％至100％，每次增减 10％；各通道之间互相独立； | 是否具备：□ 是 □否 |
| 9 | 冷冻工作气源：氩气、氮气、液氮、二氧化碳 | 是否具备：□ 是 □否 |
| 10 | 冷冻工作压力：≤1500psi | 是否具备：□ 是 □否 |
| 11 | 复温工作气源：氮气、电加热、酒精、氦气 | 是否具备：□ 是 □否 |
| 12 | 冷冻消融针整体长度≥2.5米，整体成型，针头、手柄、输送管、接头相互之间均不可拆卸 | 是否具备：□ 是 □否 |
| 13 | ▲冷冻消融针直径≤1.5mm，手柄有弯型90°和直型180°两种 | 是否具备：□ 是 □否 |
| 14 | ▲冷冻消融针有效冷冻区长度包含5\10\15\20\25\30mm六种 | 是否具备：□ 是 □否 |
| 15 | 冷冻消融针针头温度：最低-180℃ | 是否具备：□ 是 □否 |
| 16 | 针头温度降温速度：60 秒内可降至-100℃以下 | 是否具备：□ 是 □否 |
| 17 | ▲复温速度： 冷冻结束后开启复温，90 秒内可拔出冷刀 | 是否具备：□ 是 □否 |
| 18 | ▲温度监测：针尖靶向区内部自带测温电偶，实时监测肿瘤中心温度 | 是否具备：□ 是 □否 |
| 19 | 设备质保期 |  年 |

联系人： 联系电话：

单位：（盖章）

 2024年 月 日