**附件：项目商务及技术要求**

**一、资质要求**

1、投标人须具有独立法人资格，投标人须提供公司营业执照、组织机构代码证、税务登记证或“三证合一”的营业执照复印件。

2、投标人须具备乙级或以上《放射卫生技术服务机构资质证书》，且资质范围满足本院此次检测和评价项目的需求；

1. **项目技术要求**

（一）项目内容

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **设备名称** | **数量** | **项目名称** |
| 1 | 移动式数字化医用Ｘ射线摄影系统 | 2 | 职业病危害放射防护预评价 |
| 2 | 职业病危害控制效果放射防护评价 |
| 3 | ＤＳＡ | 1 | 职业病危害控制效果放射防护评价 |
| 4 | 体外冲击波碎石机 | 1 |
| 5 | ＣＢＣＴ（口腔颌面锥形束计算机体层摄影设备） | 1 |
| 6 | 移动式Ｃ型臂Ｘ射线机 | 1 |
| 7 | 多排ＣＴ | 1 | 放射诊疗设备年度检测 |
| 8 | ＤＲ | 1 |

（二）技术需求

1、供应商需具备放射专业检测能力的技术人员，且有放射卫生检测与评价技术培训考核合格证书；

2、检测报告技术参数；

（1）**放射摄影类（符合医用X射线诊断设备质量控制检测规范WS 76-2020）**

1. 管电压指示的偏离
2. 辐射输出量重复性
3. 输出量线性
4. 有用线束半值层
5. 曝光时间指示的偏离
6. AEC重复性
7. AEC响应
8. AEC电离室之间一致性
9. 有用线束垂直度偏离
10. 光野与照射野四边的偏离
11. 探测器剂量指示（DDI）
12. 信号传递特性（STP）
13. 响应均匀性
14. 测距误差
15. 残影
16. 伪影
17. 高对比度分辨力
18. 低对比度分辨力

**（2）放射透视类（符合医用X射线诊断设备质量控制检测规范WS 76-2020）**

1. 透视受检者入射体表空气比释动能率典型值/（mGy/min）
2. 透视受检者入射体表空气比释动能率最大值/（mGy/min）
3. 高对比度分辨力
4. 低对比度分辨力
5. 入射屏前空气比释动能率
6. 自动亮度控制
7. 透视防护区检测平面上周围剂量当量率/（μSv/h）

**（3）牙科类（符合医用X射线诊断设备质量控制检测规范WS 76-2020）**

1. 管电压指示的偏离
2. 辐射输出量重复性
3. 曝光时间指示的偏离
4. 有用线束半值层
5. 高对比度分辨力
6. 低对比度分辨力

**（4）CT类（符合X射线计算机体层摄影装置质量控制检测规范 WS 519-2019）**

1. 诊断床定位精度
2. 定位光精度
3. 扫描架倾角精度
4. 重建层厚偏差
5. CTDIw
6. CT值（水）
7. 均匀性
8. 噪声
9. 高对比分辨力
10. 低对比可探测能力
11. CT值线性

**（5）放射工作场所防护检测按（《放射诊断放射防护要求》GBZ130-2020）标准要求正确选择点位。**

**（6）全部检测项目指标符合国家限值的要求。**

**三、法定代表人授权书**

：

兹授权 同志为我公司参加贵单位组织的（填 项 目 名 称）竞争性选择采购活动的代表人，全权代表我公司处理在该项目采购活动中的一切事宜。代理期限从 年 月 日起至 年 月 日止。

授权单位（盖章）：

法定代表人签字：

签发日期： 年 月 日

附：代理人（签字）：

职务： 性别：

身份证号码：

|  |
| --- |
| 粘贴法定代表人和被授权人《第二代居民身份证》复印件 |

年 月 日

## **四、报 价 表**

**项目名称：**

**项目编号：**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 名称 | 报价（元） | 备注 |
| 1 |  |  |  |
| 2 |  |  |  |
| ... | ... | ... |  |
| 合计：总报价（小写）： | |  | |
| 大写： | |  | |

注: 1)请供应商一次报出不得更改的价格。

2)本表中报价单位为人民币，单位为元，精确到个位数。

供应商名称： （签章）

报价时间： 年 月 日

**五、营业执照副本复印件**

**六、其他**