**附件一：**

麻醉科超声探头采购需求

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **申请科室** | **麻醉科** | **数量** | **预算单价（万元）** | **预算总价（万元）** |
| **设备名称** | **超声探头** | **1** | **4.2** | **4.2** |
| **设备功能****要求** | 1. 超声品牌：索诺声，型号：S-NERVEB。
2. 高频探头，适用于浅表器官、血管、神经、肌肉骨骼等精细结构的超声成像。
3. 临床应用：CIMT（颈动脉内膜中层厚度测量）、肌肉骨骼成像、神经成像、血管成像（动、静脉）、浅表器官成像、超声引导下介入操作（如注射、神经阻滞）。
 |
| **技术参数****要求** | 1. 频率范围：13.0 MHz - 6.0 MHz（超宽频设计）。
2. 扫描深度：最大扫描深度为 6 cm。
3. 阵元数：≥ 128 阵元数。
4. 临床应用：CIMT（颈动脉内膜中层厚度测量）、肌肉骨骼成像、神经成像、血管成像（动、静脉）、浅表器官成像、超声引导下介入操作（如注射、神经阻滞）。
 |
| **售后及其他要求** | 保修期要求≥ 1 年开机率≥ 95 % |

**附件二：**

|  |
| --- |
| **超声探头设备询价（第二次）采购报价单** |
| **序号** | **投标商名称** | **品牌** | **型号** | **报价(元）** | **联系人** | **联系方式** |
|  |  |  |  |  |  |  |

**附件三：**

**法定代表人授权书**

致武义县第一人民医院：

参与贵院设备询价采购单位全称： 法定代表人： 授权： 为全权代表，参加贵单位组织的设备询价采购事宜，代表本公司处理与谈判有关的一切事务。

 法定代表人签字（公章）：

日期：