**自动扶梯微波传感器与雷达放大器核心功能及技术要求**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **项目名称** | **数量（个）** | **预算金额（元）** | **核心功能及技术要求** | **质保年限要求** |
| 微波传感器 | 48 | 35520.00 | 1.技术参数  1.1发射频率：24.125GHz；  1.2检测距离：2米（可调）；  1.3 检测范围：两只传感器共同覆盖扶梯前的所需检测区域；  1.4 发射功率：＜20dBm EIRP；  1.5检测模式：运动物体；  1.6防护等级：IP67；  1.7电缆长度：≥5米；  1.8材质：达到难燃等级；  1.9符合范围：EMC2014/30/EU  1.10工作温度：-25℃至+65℃（无冷凝）  1.11安装位置：在扶手带下方的内侧裙板里面；不需开孔。  ☆2.性能：2.1 配件须匹配通力品牌501-B型自动扶梯；  2.2通过自动扶梯加装此配件，满足当检测到无人乘梯时，扶梯自动停止运行，当检测到乘客需要乘坐时扶梯自动恢复正常运行。  3.其他要求:  需提供配件产品合格证明等材料。 | 3年 |
| **项目名称** | **数量（个）** | **预算金额（元）** | **核心功能及技术要求** | **质保年限要求** |
| 雷达放大器 | 24 | 20640.00 | 1.技术参数  1.1信号输出：继电器阻性负载：7A/250V AC;  1.2输出延时：1-60秒（可调）;  1.3故障输出：阻性负载：125V ac/1A；  1.4检测模式：运动物体；  1.5具备双路检测信号；  1.6检测距离（灵敏度）可调，满足纵向检测距离0.5-2.0m；  1.7耐冲击电压：2kv；  1.8功耗＜2W；  1.9防护等级：IP20；  1.10工作温度满足：-25℃至+65℃（无冷凝）；  1.11符合规范：EMC 2014/30/EU；  1.12端子扭矩：0.4Nm。  ☆2.性能：  2.1 配件须匹配通力品牌501-B型自动扶梯；  2.2通过自动扶梯加装此配件，满足当检测到无人乘梯时，扶梯自动停止运行，当检测到乘客需要乘坐时扶梯自动恢复正常运行。  3.其他要求:  需提供配件产品合格证明等材料。 | 3年 |

报价表（一）

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 包号 | 名称 | 品牌/型号（必填项） | 数量 | 质保期 | 报价单价 | 合计 |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| 供货时间 | |  |  | | | |
| 项目负责人及联系方式 | |  |  | | | |
| 备注 | |  |  | | | |

说明：

1.供应商严格按照规定的格式填写。报价为优惠后报价，并作为评审及定标的依据。

2.任何有选择或有条件的报价或表中某一包填写多个报价，均被视为无效报价。

供应商公章：

供应商法定代表人或法人授权代表签字或盖章：

日 期： 年 月 日

**供应商廉洁诚信承诺书**

滨州医学院附属医院：

为了积极配合贵单位进行的\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_采购工作，有效遏制不公平竞争和违规违纪问题的发生，确保采购工作的公平、公正、公开，我们保证认真贯彻《中华人民共和国政府采购法》等相关规定以及有关廉洁要求，特向贵单位承诺如下事项：

1.自觉遵守国家法律法规及有关廉政建设制度。

2.主动了解滨州医学院附属医院采购纪律，积极配合执行采购廉政建设的有关规定。

3.按照磋商文件规定的方式进行投标，不隐瞒本单位投标资质的真实情况，投标资质符合规定。

4.议价过程中不弄虚作假，不使用不正当手段妨碍、排挤其它报名单位或串通投标；不以不正当利益方式谋求中标，中标后不订立背离合同实质性内容的协议，或进行非法转包、违法分包等。

5.不向涉及采购的部门、科室及个人购置或提供通讯工具、交通工具和高档办公用品等。

6.不向涉及采购的部门、科室及个人支付好处费、介绍费。

7.不以任何方式向采购人员赠送礼品、礼金及有价证券；不宴请或邀请采购方的任何人参加高档娱乐消费、旅游、考察、参观等活动；不以任何形式报销采购方的任何人以及亲友的各种票据及费用；不进行可能影响招投标公平、公正的任何活动。

8.不向采购人员的配偶、子女分包此次采购项目。

9.一旦发现相关人员在采购过程中有索要财物等不廉洁行为，坚决予以抵制，并及时向滨州医学院附属医院纪委举报（举报电话：0543-3256507）。

10.我们若违反上述承诺，愿接受取消报名资格及其他任何形式的处理。

供应商：（公章）

法定代表人或授权代理人：（签字或盖章）

年 月 日

报 名 表

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 包号 | 项目名称 | 公司名称 | 联系人及方式 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

报名时间：

公司盖章：