**西昌市民政局采购2025年困难老年人家庭适老化改造项目**

**市场调研记录**

**西昌市民政局**

**2025年8月 日**

**目录**

报价须知表 2

报价函 3

报价一览表 4

# 报价须知表

| 序号 | 条款名称 | 说明和要求 |
| --- | --- | --- |
| 1 | 项目名称 | 西昌市民政局采购2025年困难老年人家庭适老化改造项目 |
| 2 | 调研人 | 采 购 人：西昌市民政局项目联系人：常老师联系电话：0834-2281108 |
| 3 | 报价人 | 报价人名称：项目联系人：联系电话：报价人地址： |
| 4 | 履约期限 | 合同签订生效后至2026年12月31日前完成。 |
| 5 | 调研渠道 | 四川招投标网 |
| 6 | 服务地点 | 采购人指定地点 |
| 7 | 项目概况 | 为改善老年人居家照护条件，提高老年人居家生活质量，推动居家养老服务提质扩容，西昌市民政局拟通过竞争性磋商方式确定一家具有专业技术能力的供应商开展2025年困难老年人家庭适老化改造。现邀请潜在供应商针对本项目实施过程中可能涉及的产品，据实提供部分产品技术要求及产品单价。采购人根据所有供应商调研情况，自主据实确定采购标准。 |
| 8 | 对本项提出的意见或者建议 |  |

**报价函**

西昌市民政局：

我公司已认真阅读了贵公司西昌市民政局采购2025年困难老年人家庭适老化改造项目的报价声明函，充分知悉并了解贵公司针对本次项目的采购需求，如果我方获取市场调研文件后明知或者应当发现市场调研文件中存在错误内容的或者明显与现行法律、法规不相符的，或者针对本项目的建议或者意见都已在报价须知表中进行了反映。我公司的报价是经缜密的商议，本着诚实信用的原则，针对贵公司的需求，对本项目的相关技术、商务要求进行的报价，是结合本行业的实际行情以及对本项目采购需求进行分析后得出的报价，报价不存在恶意低于或高于市场平均价格的情形。

本公司将严格遵守上述事项，并对其真实性负责。

报价人名称：XXXX（单位盖章）

 日 期：

# 报价一览表

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **类 别** | **改造****内容** | **产品****名称** | **技术要求** | **单 位** | **单价****（元/单位）** | **备注** |
| 1 | 地面改造 | 防滑处理 | 防滑地垫 | （供应商填写） |  |  |  |
| 2 | 高差处理：加设橡胶材质橡胶坡道 | 橡胶坡道 | （供应商填写） |  |  |  |
| 3 | 平整硬化 | 平整硬化 | 1.对地面进行平整硬化，方便轮椅通过，降低风险。 |  |  |  |
| 4 | 安装扶手 | 平整硬化 | 1.在高差变化处安装扶手，辅助老年人通过。 |  |  |  |
| 5 | 门改造 | 门槛移除 | 门槛移除 | 1.移除门槛，保证老年人进门 无障碍方便轮椅进出。 |  |  |  |
| 6 | 平开门改造 | 平开门改推拉门 | 1.方便开启，增加通行宽度和 辅助操作空间。 |  |  |  |
| 7 | 房门拓宽 | 房门拓宽 | 对卫生间、厨房等空间较窄的门洞进行拓宽，改善通过性，方便轮椅进出。 |  |  |  |
| 8 | 下压式门把手改造 | 下压式门把手改造 | 可用单手手掌或者手指轻松操作，增加摩擦力和稳定性，方便老年人开门。 |  |  |  |
| 9 | 安装闪光振动门铃 | 闪光振动门铃 | （供应商填写） |  |  |  |
| 10 | 卧室改造 | 配 置 护 理 床 | 护理 床（一类 医疗器械） | （供应商填写） |  |  |  |
| 11 | 安 装 床 边 护 栏 （抓杆） | 床边扶手 | （供应商填写） |  |  |  |
| 12 | 床边扶手（ 落 地式） | （供应商填写） |  |  |  |
| 13 | 配 置 防 压 疮 垫 | 防压疮坐 垫（一类 医疗 器械） | （供应商填写） |  |  |  |
| 14 | 防压疮床 垫（二类 医疗 器械） | （供应商填写） |  |  |  |
| 15 | 如 厕 洗 浴 设 备 改 造 | 安装扶手 | 一字形扶手 | （供应商填写） |  |  |  |
| 16 | U形扶手 | （供应商填写） |  |  |  |
| 17 | L形扶手 | （供应商填写） |  |  |  |
| 18 | 135 ° 扶 手 | （供应商填写） |  |  |  |
| 19 | T形扶手 | （供应商填写） |  |  |  |
| 20 | 助力扶手 | （供应商填写） |  |  |  |
| 21 | 马桶扶手助力架 | （供应商填写） |  |  |  |
| 22 | 蹲便器改坐便器 | 坐便 椅 | （供应商填写） |  |  |  |
| 23 | 水龙头改造 | 拔杆式水龙头 | （供应商填写） |  |  |  |
| 24 | 感应水龙头 | （供应商填写） |  |  |  |
| 25 | 浴缸/淋浴房改造 | 浴缸/淋浴房改造 | 1. 拆除浴缸/淋浴房，更换浴帘、浴杆，增加淋浴空间，方便照护人员辅助老年人洗浴。
2. 具体改造根据现场情况及使 用老年人实际身体状况确定。
 |  |  |  |
| 26 | 配 置 淋 浴 椅 | 淋浴椅 | （供应商填写） |  |  |  |
| 27 | 厨房设备改造 | 台 面 改 造 | 台面改造 | 1. 降低操作台、灶台、洗菜池 高度，在其下方留出容膝空间， 方便乘轮椅或者体型矮小的老 年人操作；
2. 具体改造根据现场情况及使 用老年人实际身体状况确定。
 |  |  |  |
| 28 | 加 设 中 部 柜 | 开敞式中部柜 | 1. 在吊柜下方设置开敞式中部 柜、中部架；
2. 具体改造根据现场情况及使 用老年人实际身体状况确定。
 |  |  |  |
| 29 | 物理环境改造 | 安 装 自动 感应 灯具 | 感应小夜 灯 | （供应商填写） |  |  |  |
| 30 | 电 源 插座 开关 改造 | 开关插座改造 | 1.具体改造根据现场情况及使 用老年人实际身体状况进行高 /低位改造，避免老年人下蹲或 弯腰，方便老年人插拔电源和 使用开关。 |  |  |  |
| 31 | 安装防撞护角/防撞条、提示标识 | 防撞护角 | （供应商填写） |  |  |  |
| 32 | 防撞条 | （供应商填写） |  |  |  |
| 33 | 警示条 | （供应商填写） |  |  |  |
| 34 | 适老家具配置 | 换鞋 凳 | （供应商填写） |  |  |  |
| 35 | 适老椅 | （供应商填写） |  |  |  |
| 36 | 适老 桌 | （供应商填写） |  |  |  |
| 37 | 电动升降晾衣架 | （供应商填写） |  |  |  |
| 38 | 老年用品配置 | 配置手杖 | 单脚手杖（一类 医疗器械） | （供应商填写） |  |  |  |
| 39 | 三角手杖（一类 医疗器械） | （供应商填写） |  |  |  |
| 40 | 四角手杖（一类 医疗 器械） | （供应商填写） |  |  |  |
| 41 | 凳拐（一类 医疗 器械） | （供应商填写） |  |  |  |
| 42 | 配置轮椅/ 助行器 | 轮椅（一类 医疗 器械） | （供应商填写） |  |  |  |
| 43 | 助行 器（一类 医疗器械） | （供应商填写） |  |  |  |
| 44 | 配置 放大 装置 | 放大 镜 | （供应商填写） |  |  |  |
| 45 | 带灯带放大镜指 甲 剪 | （供应商填写） |  |  |
| 46 | 配置 助听 器 | 助听 器（ 二类医疗器械） | （供应商填写） |  |  |  |
| 47 | 自主 进 食器 具 | 防洒 碗 | （供应商填写） |  |  |  |
| 48 | 助食 筷 | （供应商填写） |  |  |
| 49 | 助食 叉 | （供应商填写） |  |  |
| 50 | 助食勺子 | （供应商填写） |  |  |
| 51 | 护理 杯 | （供应商填写） |  |  |  |
| 52 | 配置 智能 安全 监测 设备 | 防走失手 环 | （供应商填写） |  |  |  |
| 53 | 防走失胸 卡 | （供应商填写） |  |  |  |
| 54 | 智能跌倒监测 仪 | （供应商填写） |  |  |  |
| 55 | 紧急呼叫 器 | （供应商填写） |  |  |  |
| 56 | 烟温传感 器 | （供应商填写） |  |  |  |
| 57 | 燃气报警 器 | （供应商填写） |  |  |  |
| 58 | 溢水报警 器 | （供应商填写） |  |  |  |
| 59 | 健康监测产品 | 毫米波雷达睡眠监测仪 | （供应商填写） |  |  |  |
| 60 | 可移动智能监测设 备 | （供应商填写） |  |  |  |
| 61 | 理疗电烤灯 | （供应商填写） |  |  |  |
| 62 | 血压计 | （供应商填写） |  |  |  |
| 63 | 血糖仪 | （供应商填写） |  |  |  |
| 64 | 血氧仪 | （供应商填写） |  |  |  |
| 65 | 电子体温计 | （供应商填写） |  |  |  |
| 66 | 理疗仪 | （供应商填写） |  |  |  |
| 67 | 制氧机 | （供应商填写） |  |  |  |
| 68 | 雾化器 | （供应商填写） |  |  |  |
| 79 | 呼吸机 | （供应商填写） |  |  |  |
| 70 | 睡眠仪 | （供应商填写） |  |  |  |
| 71 | 三高治疗仪 | （供应商填写） |  |  |  |

注：

1.供应商根据自身情况据实填写部分产品技术要求及对应产品单位、单价。

2..供应商所报产品单价是履行合同的综合单价，综合单价应包括所需的人员、货物、运输、装卸费、包装、辅料辅材、安装、税费、保险费、质保等所需的一切费用。

报价人名称：XXXX（单位盖章）

 日 期：