镇江市第一人民医院新区分院医疗设备购置

推荐材料

项目名称：

使用科室：

供 应 商：

联 系 人：

联系号码：

1. 产品报价单、保修期 (含运费，安装，计量检测以及网络连接等所有费用)
2. 产品配置详细清单及分项报价，产品技术参数。
3. 产品常用配件清单及报价
4. 售后服务承诺书
5. 生产企业营业执照、生产许可证、医疗器械经营许可证、设备注册证等资质证书
6. 列出：全国代理-省代-单项代理
7. 代理商营业执照等三证、税务登记证、医疗器械经营许可证、生产企业授权书、代理商法人授权书、法人身份证、授权人身份证（**详见附件**）
8. 同型号产品省内二甲、三甲医院用户清单
9. 近2年省内周边二甲、三甲医院同型号产品购销合同复印件（最少两例）
10. 产品主要性能指标介绍
11. 供应商承诺书：对报价、资质、授权真实性承诺书（**详见附件**）

\*请按以上顺序排序，每页需盖公章，封面标注联系人、电话

彩超维保需求

一、需求清单

1.项目概况

该项目为我院彩超维保服务，设备数量为3台，服务期1年

2.项目预算

总 预 算：14.4万元

3.设备汇总表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 设备名称 | 型号 | 服务期 | 设备采购时间 | 设备品牌 | 是否进口 |
| 1 | 彩超 | IU22 | 1年 | 2014年3月 | 飞利浦 | 否 |
| 1 | 彩超 | S8 | 1年 | 2016年2月 | GE | 否 |
| 1 | 彩超 | P7 | 1年 | 2018年7月 | GE | 否 |

4.保修范围：

全保（包含人为损坏），含主机与探头，如主机与探头发生损坏，需更换相应品牌原装配件与探头，并提供相应证明。

二、具体要求

1.投标供应商需提供详细的年度服务计划(至少包含服务项目、 服务时间、服务具体内容)

2.投标供应商具备单独完成此维保项目能力，提供任一维保范围内原厂同款彩超培训证书专职工程师≥2名，提供姓名、身份证号及联系方式，提供与投标供应商的雇佣关系证明、社保缴纳证明和培训资质证书(培训范围 需包括彩超)。

3.维护保养次数每季度≥1次，包含但不限于性能测试、除尘保 养、运行状态检查、机械电气检查以及设备清洁、校 准等，排除一切安全隐患及潜在的故障因素。每次维护保养后，提供详细服务报告。

4.提供无限次免费工时及派工、无限次现场维修、零备件更换，具有24小时免费服务热线，当设备出现故障时，报修后1小时内响应，工程师最多不超过24小时到达现场，维修时能提供备件，每次维修后测试，保证维修及更换备件后，达到设备的正常运行标准要求， 每次维修后设备均需经校准合格，每次维修后提供维修报告，至少包含故障现象、解决方案、配件更换记录等内容。

5.巡检次数每季度≥1 次，巡检内容至少包括设备的安全检查、 运行状态检查、影像质量检查等，每次巡检后提供巡检报告。

6.维修使用的备件需为设备原厂全新零备件，进口货物提供海关 报关单，重要部件的更换需得到医院同意后方可进行。投标供应商具备充足的备件供应能力，并保证我院备件的优先供应，投标供应商国内设有备件库，提供具体地址及相关证明(租赁或买卖合同),提供 详细的备件清单(含备件名称、规格、型号、数量、单价)。

7.每次维护保养、维修、巡检设备，投标供应商(专职工程师) 均需向医院设备主管部门医学装备科报告后方可开展工作。设备不得 带离医院，确需带离医院，需得到医院设备主管部门的同意。

8.根据医院要求，定期提供详细的服务总结报告，至少包含维保、 维修、巡检等所有服务项目次数和具体内容、配件更换明细(含名称、 规格、型号、数量、单价、金额等)。

9.按全年365日历天计算，保修期内开机率≥95%,停机时间超过1日历天则保修期顺延7日历天。(若停机不满1日历天按1日历天计算)

10.公司具备维保项目实力，提供近两年以来三份以上包含相同型号彩超维保服务合同（时间以合同签订开始时间为准，原件必查）。

11.维保开始后，根据科室需求提供一台中高端彩超给科室备用（彩超设备在备用期间出现任何问题，所产生所有费用含在此维保合同里面），直止维保服务结束。

附件一：

**法定代表人授权书**

致镇江市第一人民医院新区分院：

本授权书声明，注册于 （企业住所）的\_\_\_\_ \_ \_ （企业名称）的 （法定代表人姓名）代表本企业授权 （被授权人姓名、身份证号码）为本企业的唯一合法代理人，代表本企业在你院全权处理有关医用耗材 销售事宜，包括签订购销合同、执行和完成合同规定的产品配送及售后服务工作等。本企业认可被授权人签字的文件对本企业具备法律效力。

授权有效期限： 年 月 日起至 年 月 日结束。

法定代表人签字： 法人联系电话：

被授权人签字： 被授权人电话：

企业固定电话： 业务邮箱：

出具授权日期：

企业公章：

附：法定代表人身份证复印件（加盖公章）

附：被授权人身份证复印件（加盖公章）

附件二：

企业信用承诺书

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **单位名称** |  | **统一社会信用代码** |  |
| **法定代表人** |  | **联系人** |  |
| **联系地址** |  | **联系电话** |  |
| **诚信档案记录情况** | 提供“信用中国”等权威平台查询信息记录 |
| **信用承诺** | 我公司自愿参加贵院组织的本次采购活动，严格遵守《中华人民政府采购法》及相关法律法规，坚守公开、公平、公正和诚实信用的原则，依法诚信经营，无条件遵守本次政府采购活动的各项规定。我们郑重承诺，本公司符合《政府采购法》第二十二条规定的条件，包括:具有独立承担民事责任的能力;具有良好的商业信誉和健全的财务会计制度;有履行合同所必需的设备和专业技术能力;有依法缴纳税收和社会保障资金的良好记录:参加政府采购活动前三年内，在经营活动中没有重大违法记录:符合法律、行政法规和采购文件规定的其他条件。如有弄虚作假或其他违法违规行为，原承担一切法律责任，接受各级政府采购监管部门和有权机关的审查和处罚。企业名称（盖章）：法定代表人（签字）：二〇 年 月 日 |

附件三：

**承诺书**

镇江市第一人民医院新区分院：

针对贵院此次调研采购活动，我公司郑重承诺：所提供资料（以鲜章为准）真实有效，无任何虚假成分。如有虚假，由此产生的一切后果由本公司承担。

为进一步加强医疗卫生行风建设，规范医疗卫生机构医药销售行为，有效防范商业贿赂行为，营造公平交易、诚实守信的购销环境，我公司郑重承诺并遵守：

一、我方按照《民法典》及本承诺开展购销活动。

二、我方不以回扣、宴请等方式影响医院工作人员采购或使用产品的选择权，不在学术活动中提供旅游、超标准支付食宿等费用。

三、我方指定销售代表承诺在工作时间到医院指定地点联系商谈，不到住院部、门诊部、医技科室等推销产品，不借故到医院相关领导、部门负责人及相关工作人员家中访谈并提供任何好处费等。

四、我方如违反本承诺，一经发现，医院有权终止购销合同，并向有关卫生行政部门报告。

五、本承诺作为产品购销合同的重要组成部分，与购销合同一并执行，具有同等法律效力。

公司（签章）

 年 月 日