

## 附件 1：公司资质要求

1、厂家及代理商的资质复印件（营业执照、经营许可证或备案证明）、厂家授权书，业务员授权书；落实国家采购相关政策，如产品生产商符合《政府采购促进中小企业发展管理办法》等政策，需提供的相关证明，如《中小企业声明函》等。

2、设备维保方案：1. 具体维保方案（全保），2. 维保费用，3. 其他医院项目近期成交参考价（提供合同、发票复印件等）。

3、报价单位需响应全部设备的维保服务报价。

## 附件 2：直线加速器等设备维保服务项目设备清单和最高限价

序号	设备名称	规格/型号	品牌	数量 (台)	最高限价 (万元/3年)
1	医用电子直线加速器	Primus	西门子	1	122.5
2	放疗模拟定位机	SL-IP	山东新华	1	84
3	DR	NOVA FA-C	赛德科	1	51
4	16排 CT	Ingenuity Flex	飞利浦	1	141.645
5	DSA	ARTIS ZEE III	SEIMENS	1	148.8
6	DSA	UNIQ FD20	飞利浦	1	148.8
合计（万元）					696.745

注：分项报价不能高于分项最高限价。

## 附件 3：维保服务方案

### 一、项目内容

本项目为阳春市人民医院购买医用电子直线加速器等设备维保服务项目。（设备包括：医用电子直线加速器 1 台、放疗模拟定位机 1 台、DR 1 台、16 排 CT 1 台、DSA 2 台、共 6 台设备）。

### 二、维保服务内容

设备名称	规格/型号	品牌	数量	购买时间	维保服务范围	服务期
医用电子直线加速器	Primus	西门子	1 台	2015. 01	整机全保（含前端稳压电源、高压发生器、第三方工作站、外挂多叶准直器、激光定位系统及剂量仪每年度校准等）	3 年
放疗模拟定位机	SL-IP	山东新华	1 台	2015. 01	整机全保（含高压发生器、第三方工作站及激光定位系统等）	3 年
DR	NOVA FA-C	赛德科	1 台	2016. 03	整机全保（含球管、探测器、高压发生器及第三方工作站等）	3 年
16 排 CT	Ingenuity Flex	飞利浦	1 台	2016. 07	整机全保（含球管、探测器、高压发生器、高压注射器及第三方工作站等）	3 年
西门子数字减影血管造影机（DSA）	ARTIS ZEE III	SEIMENS	1 台	2015. 12	整机全保（含球管、探测器、高压发生器、高压注射器及第三方工作站等）	3 年
飞利浦医用血管造影 X 射线系统（DSA）	UNIQ FD20	飞利浦	1 台	2018. 12. 31	整机全保（含球管、探测器、高压发生器、高压注射器及第三方工作站等）	3 年

### 三、服务要求

1. 提供三年整机全保服务，根据设备运行要求提供不限次数的人工技术服务与备件更换、维修（包括但不限于设备相关的所有软件，电子及机械系统：高压系统、系统柜、计算机、病床、工作站、球管、探测器、磁控管、加速管）。
2. 为确保项目设备备件供应及时，供应商须保证 7×24 小时的供需服务及物流渠道。
3. 供应商具有专业维修实力的技术服务公司，配备经原厂培训认证的维修服务工程师（提供证明文件）。
4. 供应商对设备提供一年 4 次的定期维护与保养，质控服务，并提供维修、保养报告单，保

证达到临床科室日常使用要求。

5. 更换的备件必须是原厂生产的合格产品，并保证安装完毕后设备运行性能符合国家标准。

6. 供应商须确保开机率 $\geq 95\%$ ，按一年 365 天计算。

1) 开机率 $=365 - \text{故障停机天数} (\text{检修时间} + \text{配件等待时间}) / 365$

2) 若设备开机率低于 95%时，停机时间超过一天顺延 5 天维保期；如开机率低于 90%时，停机时间超过一天顺延 5 天维保期并扣除年维保费 1%/天。

7. 投标人需具有医疗器械经营许可证。

8. 投标人具备 800 或 400 开头的客户服务专线电话，提供 24 小时 $\times$ 365 天，维修热线电话支持。接到故障报修电话后 1 小时内响应，如电话无法解决，工程师 12 小时内到达现场直到设备恢复正常。

9. 备件到达现场不超过 48 小时。

10. 本项目需中标公司派驻专业人员现场值守。

## 附件 4：询价报价文件模板

# 法定代表人证明书

报价单位：

地 址：

(姓名)系(报价单位)的法定代表人。

特此证明。

附：身份证复印件正反面

投标人（单位公章）：

法定代表人（签字或盖章）：

日期： 年 月 日

# 法定代表人授权委托书

兹授权（委托代理人姓名）为我方委托代理人，其权限是：  
办理\_\_\_\_\_项目的报价事宜。本授权书有效期一年，  
自法定代表人签字之日起生效。

附：代理人性别：      年龄：      职务：  
        身份证号码：

附：身份证复印件正反面

授权单位（单位公章）：  
法定代表人（签名或盖章）：  
委托代理人：（签名或盖章）

日期：      年      月      日

# 报 价 函

阳春市人民医院：

我司经研究有关资料及相关要求后，对\_\_\_\_\_项目  
作出如下报价：

（报价明细可另附表格）

联系人：

电话：

报价单位（盖章）：

法定代表人或授权委托人（签字或签章）：

日期： 年 月 日

附件 4：报价单位营业执照（复印件）加盖公章

附件 5：医疗器械经营许可证（复印件）加盖公章



附件 6：医疗器械经营备案凭证（复印件）加盖公章

附件 7:

## 资信承诺书

阳春市人民医院:

我单位在参加 \_\_\_\_\_ 项目的报价活动中,郑重承诺如下:

- 1、我方报价的所有资料都是真实、准确、完整的;
- 2、我方无资质挂靠公司等违法经营行为;
- 3、我方没有被各级行政主管部门做出停止市场行为的处罚;
- 4、若我方中标,将严格按照规定及时与贵司签订合同;
- 5、若我方中标,将严格按照所承诺的报价等内容组织实施。

若我方违反上述承诺,被贵院发现或被他人举报查实,无条件接受贵院作出的不良行为处罚。对造成的损失,任何法律和经济责任完全由我方负责。

报价单位(盖章):

法定代表人或授权委托人(签字或签章):

日期: 年 月 日

附件 8:

“信用中国”网站信用证明加盖公章