|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **内镜保修** | | | | | | |
| **一** | | **总体要求** | | | |  |
| 1 | | 保修设备信息：电子胃肠镜，品牌：潘太克斯，型号详见后附清单，数量：5条 | | | | 具备 |
| 2 | | 整机全保：维修服务所涉及的人工费用、交通差旅费及备件费 | | | | 具备 |
| 3 | | 保修时间 | | | | 3年 |
| 4 | | 须具有医疗设备维修、保养、装配、调试等技术服务资格，提供营业执照等资质证明 | | | | 具备 |
| ★5 | | 在郑州设有至少一个常驻服务机构 | | | | 具备 |
| **二** | | **技术服务要求** | | | |  |
| 1 | | 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） | | | | 具备 |
| **2** | | **服务工程师** | | | | 具备 |
| 2.1 | | 省内本地内镜专职工程师≥**5**人，提供姓名、身份证号及联系方式，提供与投标商的雇佣关系证明和社保缴纳证明，培训资质证书 | | | | 具备 |
| 2.2 | | 固定工程师数量≥**1**名 | | | | 具备 |
| 2.3 | | 工程师必须对本设备有至少**3**年的维修工作经验，具有相应安全防护用品，保证服务过程的安全性 | | | | 具备 |
| **3** | | **维护保养** | | | | 具备 |
| 3.1 | | 维护保养次数≥6次/年 | | | | 具备 |
| 3.2 | | 设备周边除尘≥4次/年 | | | | 具备 |
| 3.3 | | 包含但不限于性能测试、除尘保养、运行状态检查、影像质量检查、机械或电气检查以及设备清洁等，排除一切安全隐患及潜在的故障因素 | | | | 具备 |
| 3.4 | | 每次维护保养后，提供详细服务报告,提供其他医院同类报告（报告需有医院公章或设备管理部门公章） | | | | 具备 |
| **4** | | **维修及配件更换** | | | | 具备 |
| 4.1 | | 提供无限次免费工时及派工、无限次现场维修、零备件更换 | | | | 具备 |
| 4.2 | | 具有7X24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 | | | | 具备 |
| 4.3 | | 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 | | | | 具备 |
| 4.4 | | 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，提供其他医院同类报告（报告需有医院公章或设备管理部门公章） | | | | 具备 |
| 4.5 | | 每6个月提供一次故障预防工具 | | | | 具备 |
| **5** | | **巡检** | | | | 具备 |
| 5.1 | | 巡检次数≥12次/年 | | | | 具备 |
| 5.2 | | 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 | | | | 具备 |
| 5.3 | | 每次巡检后提供巡检报告，提供其他医院同类报告（报告需有医院公章或设备管理部门公章） | | | | 具备 |
| **6** | | **备件供应** | | | | 具备 |
| 6.1 | | 国内设有备件库，具备充足的备件供应能力，提供具体地址及相关证明（租赁或买卖合同），并保证我院备件的优先供应 | | | | 具备 |
| 6.2 | | 备件送达期限：国内≤7天，国外≤14天 | | | | 具备 |
| #6.3 | | 设备维修使用的备件需为原厂全新零备件 | | | | 具备 |
| 6.4 | | 满足提供特殊型号备品 | | | | 具备 |
| 6.5 | | 提供详细的备件清单（含备件名称、规格、型号、数量、单价） | | | | 具备 |
| 7 | | 根据医院要求，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，提供其他医院的同类报告（报告需有医院公章或设备管理部门公章） | | | | 具备 |
| **8** | | **其他** | | | | 具备 |
| 8.1 | | 按全年365日历天计算，保修期内开机率≥95%，若停机不满一日历天按一日历天计算，停机时间超过一日历天则保修期顺延7日历天 | | | | 具备 |
| 8.2 | | 如果在服务期内，涉及的设备拆机或停止使用，则该维修服务将从该设备停用并不再需要维修之日起自动终止，并按照合同履行截止时间支付合同款 | | | | 具备 |
| **申请部门** | | **（科室主任签字、日期）** | **审核** | **（签字、日期）** | | |
| **医学装备部** | | **（签字、日期）** | **主管领导审批** | **（签字、日期）** | | |

以上参数经科室签字即视为同意，能够满足临床科室需求

保修清单

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **名称** | **型号** | **机身号** |
| 1 | 电子胃镜 | EG29-i10 | A113227 |
| 2 | 电子胃镜 | EG29-i10 | A113228 |
| 3 | 电子胃镜 | EG29-i10 | A113221 |
| 4 | 电子结肠镜 | EC34-i10F | A110329 |
| 5 | 电子结肠镜 | EC34-i10F | A110339 |