附件1

**梧州市中医医院**

**市场调研报价文件**

**项目名称：**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**报名公司：**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**联系人：**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**联系电话：**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**地址：**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_ \_\_\_\_\_

**目 录**

1. **公司资质：有效营业执照复印件**
2. **法人代表证书，或者授权代表人员信息**

包括姓名、联系方式、身份证正反面，且盖公章。

1. **项目服务参数及报价**

包括但不限于项目服务维护保养方案、参数响应表、报价等。

1. **其他材料**

包括但不限于业绩同类业绩、人员配备、认证等级证书等。

**5.声明函**

**声明函**

梧州市中医医院：  
我公司已认真阅读了贵院此次编制的“车载CT维

保服务”采购项目需求公告，充分知悉并了解了贵院采

购需求调查内容信息。我方同意贵方无偿采用我方提

交的全部或部分采购需求调查材料作为贵方采购需求

的内容，并且无需贵方承担任何责任。  
 本公司将严格遵守上述事项，对所提供的所有材

料真实性负责。

单位名称（盖章）：

联系人：

联系电话：

日    期：    年   月   日

附件2:服务参数

|  |  |
| --- | --- |
| 项目名称： | 车载CT维保服务 |
| 服务期限 | 三年 |
| 车载CT  佳能 Aquilion Lightning TSX-035A | 服务内容: 1.提供无限次数免费全天电话支持，24小时内到达现场维修人工费、差旅费及故障诊断: 2.保证在维护期内，有效开机率达95%以上，即停机时间不超过18天。当开机率低于95%以下时，按1: 4天数追加保修期: 3.每年4次包含设备的安全检查、影像质量检查、设备除尘保养、运行状态检查等。4.服务期内操作系统软件版本与厂家同步维护。5. 故障维修不限次数(不包括球管、探测器及超过3000元以上的配件费用)。6. 包含整机（车载CT、车载CT电源供电、稳压电源、UPS系统等）的维保升级及保养服务，免费更换价值低于3000元配件: 7.所有配件需证件齐全，供应价低于原厂价8折，更换重要部件后需提供第三方检测报告。8. 包含拓展滑移仓、液压支撑、机房及铅防护、驻车空调、车辆后门台的维保升级服务。9.每年免费提供设备操作人员培训。 |