**四川大学华西医院资阳医院 资阳市第一人民医院**

**资质及商务市场了解清单**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 响应商家： | | 报价： | | 是否属于进口设备：不属于：□ 属于：□ | |
| 医学装备名称： | | | 推荐型号： | | |
| 资质了解：  （例如：该设备是否属于医疗器械，如是请提供医疗器械生产许可证、医疗器械注册证、是否具备ISO13485资质认证等，以上资质附后） | | | | | 不属于：□ 属于：□ |
| 商务响应 | 1. 签订合同到设备完成安装周期（即交付周期）： | | | | |
| 1. 是否负责产品安装到采购人指定位置前所有运输、安装费用   是：□ 否：□ | | | | |
| 1. 承诺最长质保期： | | | | |
| 1. 质保期内电话响应速度（几小时内电话回复）： | | | | |
| 1. 质保期内维修工程师响应速度（几小时内到达现场）： | | | | |
| 1. 质保期内设备发生故障提供备用机的条件，如不提供备用机后方填写“不提供”即可（几小时内无法完成维修提供同型号备用机）： | | | | |
| 1. 院方购买设备后提供几年配件保障（保障几年内有原厂配件用于维修）： | | | | |
| 1. 除装机培训外质保期内是否免费提供其余培训（如“可根据使用科室需求组织每年不超过 次的使用培训”、“质保期结束时提供最后一次培训”等）： | | | | |
| 1. 质保期内设备维护方案（“每年巡检”、“每半年巡检”或其余方案）： | | | | |
| 1. 提供省内该型号设备部分用户名单（3家即可）： | | | | |
| 1. 有无质保期内不适用于整机质保的设备配件（如成像系统光源氙灯、制水机反渗透膜、呼吸机氧电池等此类消耗性配件），如有请详细列出并单独注明质保条件（如氙灯质保多少实用小时等）： | | | | |
| 1. 如果该设备安装需配套场地建设，是否结合采购人安装场地出具场地设计图纸（如水机安装需结合采购人选定位置出具场地设计图纸以供采购人做相应场地改造）：   是：□ 否：□ 不涉及：□ | | | | |
| 1. 是否承诺设备安装时所提供设备距生产日期12个月内：   是：□ 否：□ | | | | |
| 1. 是否负责该设备与院内各信息系统或集成平台的接口工作，实现互联互通并承担接口改造费用（如不涉及填写不涉及即可）：   是：□ 否：□ 不涉及：□ | | | | |
| 1. 如供应设备属于特种设备等特殊设备，是否接受医院委托办理相关使用证明（如不涉及填写不涉及即可）：   是：□ 否：□ 不涉及：□ | | | | |
| 1. 是否提供计量器具首次计量检定校准合格印证。（如不涉及填写不涉及即可）：   是：□ 否：□ 不涉及：□ | | | | |

填表须知：

1.响应答复应当清楚明了、表述规范、含义准确。

2.表中例举说明并非固定模板。

3.勾选项请勿涂改。

4.不同产品响应情况请分别填表。