|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **595nm脉冲染料激光保修** | | | | | |
| **一** | **总体要求** | | | |  |
| 1 | 保修设备信息：脉冲染料激光，品牌：Candela，型号:Vbeam platium，数量：1台 | | | | 具备 |
| 2 | 整机保修范围：包含维修、维护保养、巡检、升级等所产生的全部费用，在维保期内不再产生其他任何费用 | | | | 具备 |
| 3 | 保修时间 | | | | 3年 |
| 4 | 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 | 省内本地专职工程师≥2人，提供姓名、身份证号及联系方式、与投标商的雇佣关系证明和社保缴纳证明、设备维修技术培训资质证书复印件 | | | | 具备 |
| 2.2 | 固定工程师数量≥1名 | | | | 具备 |
| 2.3 | 固定工程师对同类设备有至少5年的维修工作经验，具有静电防护工具和相应安全防护用品，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≥4次/年 | | | | 具备 |
| 3.2 | 包含但不限于性能测试、除尘保养、运行状态检查、机械或电气检查以及设备清洁、设备校准等，排除一切安全隐患及潜在的故障因素 | | | | 具备 |
| 3.3 | 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作为佐证材料（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24小时内到达现场 | | | | 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 | 每次维修后设备均需经校准合格，并提供校准报告 | | | | 具备 |
| 4.5 | 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作为佐证材料（报告需有医院公章或设备管理部门公章） | | | | 具备 |
| **5** | **巡检** | | | | 具备 |
| 5.1 | 巡检次数≥4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作为佐证材料（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），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 | 设备维修使用的配件需为原厂全新零配件 | | | | 具备 |
| 7 | 每年提供配套专用染料包2套 | | | | 具备 |
| 8 | 提供详细的备件清单（含备件名称、规格、型号、数量、单价） | | | | 具备 |
| 9 | 根据医院要求，每三个月提供1份服务总结报告并装订整理成册，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作为佐证材料（报告需有医院公章或设备管理部门公章） | | | | 具备 |
| 10 | **其他** | | | | 具备 |
| 10.1 | 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 |
| 10.2 | 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 |
| 10.3 | 维保合同期内，移机免人工差旅费（不包含运输及运输保险费用），免费进行新场地勘查 | | | | 具备 |
| 10.4 | 付款方式：一年一付，每年留当年保修款的10%作为质量保证金，当年保修结束后，经医院设备管理部门确认合同要条款执行无误后按规定程序支付 | | | | 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