|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **支气管镜保修** | | |
| **一** | **总体要求** |  |
| 1 | 保修设备信息：支气管镜，型号详见后附清单，数量：2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ISO9001、13485认证（附证书复印件） | 具备 |
| 2 | 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 |
| **3** | **服务工程师** | 具备 |
| 3.1 | 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 |
| 3.2 | 固定工程师数量≥**2**名 | 具备 |
| 3.3 | 工程师必须对本设备有至少**3**年的维修工作经验，保证服务过程的安全性 | 具备 |
| **4** | **维护保养** | 具备 |
| 4.1 | 维护保养次数≥4次/年 | 具备 |
| 4.2 | 设备周边除尘2次/年 |  |
| 4.3 | 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 |
| 4.4 | 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 |
| **5** | **维修及配件更换** | 具备 |
| 5.1 | 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 |
| 5.2 | 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 |
| 5.3 | 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 |
| 5.4 | 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 |
| 5.5 | 每6个月提供一次故障预防工具 | 具备 |
| **6** | **巡检** | 具备 |
| 6.1 | 巡检次数≥12次/年 | 具备 |
| 6.2 | 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 |
| 6.3 | 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 |
| **7** | **备件供应** | 具备 |
| 7.1 | 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 |
| 7.2 | 备件送达期限：国内≤7天，国外≤14天 | 具备 |
| 7.3 | 设备维修使用的备件需为原厂全新零备件 | 具备 |
| 7.4 | 满足提供特殊型号备品 |  |
| 7.5 | 提供详细的备件清单（含备件名称、规格、型号、数量、单价） | 具备 |
| 8 | 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 |
| **9** | **其他** | 具备 |
| 9.1 | 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 |
| 9.2 | 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 |
| 9.3 | 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 |

保修清单

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **名称** | **品牌** | **型号** | **机身号** |
| 电子支气管镜 | 奥林巴斯 | BF-Q290 | 2600613 |
| 电子支气管镜 | 奥林巴斯 | BF-1TQ290 | 2600719 |