**成都市妇女儿童中心医院**

**内窥镜摄像系统维保服务****项目调研公告**

**我院拟对内窥镜摄像系统(硬镜)购买维修保养服务，开展市场调研，公开征集相关资料。请符合我院设备维修维保服务需求，具备提供相应维修资质、服务能力的供应商将相关资料按要求，在规定的时间内送达我院报名地点。**

**一、报名时间：2025年7月7日—2025年7月11日，上午8:30-12:00时，下午13:00-17:00时（节假日除外），逾期不再接收资料。**

**二、报名地点及联系方式：**

**1、报名地点：成都市青羊区日月大道一段1617号，成都市妇女儿童中心医院行政办公楼309室。**

**2、联系人：刘老师**

**3、联系电话：028-61866000-6704**

**4、邮箱：992921272@qq.com**

**三、基本要求**

**1、全保（技术服务和零配件更换）。技术服务包括但不限于操作人员培训、设备使用规程及相关操作流程培训、日常维护培训等。在维保期间对所指定的设备，提供免费的零配件、消耗品、易耗品更换，不限次数的维修维护，不包括耗材（如一次性管路、膜瓣等）。所有维保使用的零配件保证原厂或全新。维保服务期内的所有费用包干价，包含维保期内维修费、技术服务费、零备件和专用工具费、技术资料费、人工费、差旅费、住宿费、管理费等相关费用。**

**2、维保设备清单**

**（1）摄像主机：共30套（包含：标清2套、高清三晶片主机1套、高清一代摄像主机 1套、高清二代摄像主机4套、IMAGE 1 S 摄像主机22套其中高清19套、荧光2套、3D 1套）。**

**（2）摄像头：共31个（包括：标清2个、标清摄像头适配器3个、高清三晶片摄像头3个、IMAGE 1 S 摄像头23个、荧光摄像头2个、3D电子腹腔镜（摄像头）2个）。**

**（3）膨宫泵：共12台**

**（4）气腹机：共29台（包括：20L气腹机12台、30L气腹机2台、40L气腹机15台）。**

**（5）医用内窥镜冷光源：共31台（包括：微型光源1台、300W氙灯光源19台、荧光光源2台、300W LED光源9台）。**

**（6）医用监视器（显示器）：共38台。**

**（7）动力系统：共1套（动力主机1台、动力手柄4个、脚踏2个）**

**（8）记录仪及主机设备附件：共7套(记录仪2台、脚踏4套泵头1套）**

**（9）全院STORZ品牌内镜：宫腔电切镜:87只；腹腔内窥镜:104只；3D电子内窥镜:2只；荧光镜:4只；尿道膀胱镜:8只；输尿管镜:1只；经皮肾镜:1只；纤维输尿管内窥镜:1只；胎儿镜：1只；气管异物镜:12只；鼻内镜:7只；耳内镜:4只；喉镜：7等。**

**（10）全院STORZ品牌与内镜配套使用的器械及配件。**

**3、全保服务限价：≤160万元/年**

**4、维修保养服务年限：三年(合同一年一签）**

**四、调研资料要求及注意事项**

**1、资质要求：**

**（1）公司资质；**

**（2）报名人员的委托授权书和身份证复印件（逐级）；**

**（3）其他相关文件：如国家规定的其他相关资质等。**

**2、服务方案及报价表**

**（1）提供设备维修保养服务报价表；**

**（2）维修周期及相关售后质量及服务承诺；**

**（3） 同类型设备服务业绩相关资料（合同复印件或扫描件）。**

**3、供应商承诺函（附件）**

**4、其他：**

**（1）为便于资料归集，请统一下载表格填写。**

**（2）封面打印后粘贴在密封包上，并在密封处加盖公司鲜章。**

**附件：[1.承诺函.docx](https://upload.cd7yy.com/2025/0606/20250606092714555.docx)**

**[2.封面.docx](https://upload.cd7yy.com/2025/0606/20250606092714272.docx)**

**附件1：承诺函**

**承 诺 函**

**成都市妇女儿童中心医院：**

**我方全面研究了“内窥镜摄像系统（硬镜）维修保养服务”市场调研文件，决定参加贵单位组织的市场调研。我方授权xxxx（姓名、职务）代表xxxx（公司名称）全权处理本次市场调研的有关事宜。我方现作出如下承诺：**

**一、我方已知晓全部调研文件的内容，包括修改文件（如有）以及全部相关资料和有关附件，并对上述文件均无异议。**

**二、我方愿意提供贵单位维修调研需求的有关文件资料，并保证我方提供的文件资料是真实的，准确的，同时符合贵单位相关要求，并愿意对此承担一切法律后果。**

1. **我方报名成功并将调研资料交于贵单位，无论任何原因，不向贵单位取回调研资料。**

**公司名称（盖单位公章）：**

**法定代表人或授权代表（签字）：**

**日期：**

**附件3.封面**

呈：

成都市妇女儿童中心医院

**内窥镜摄像系统维保服务项目调研公告**

**供应商：**

**联系人员：**

**联系电话：**