**附件１：投标确认函**

泰兴市中医院：

我单位已获取了贵单位             （项目编号：     ）的招标文件，经我单位研究，决定准时参加本项目的投标。
  我单位名称：

投标联系人：

手　　　机：

传　　　真：

邮　　　箱：

法人公章：

日  期:     年   月

**附件２：法人代表人身份证明书**

 单位名称：

单位性质：

地  址：

成立时间：  年  月   日

经营期限：

姓 名：

性 别：

年 龄：

身份证号码

系          （投标人单位名称）     的法定代表人。

特此证明。

附身份证复印件

投标人：             （盖公章）

法定代表人签名：

日 期：  年  月   日

**附件３：授权委托书**

委托人（投标人）：

地    址：

法定代表人：

受委托人（一）：        职务：

受委托人（一）身份证号码：

现委托上述受委托人在    （招标项目名称）    权委托人。

委托事项：领取招标文件、编制、签署、递交、说明补正投标文件、签订合同和处理有关事宜等特别授权。受委托人联合行使或独立行使的委托权限，其法律后果由委托人承担。

投标事务负责人无转委托权。招标人（招标代理机构）有权拒绝其他任何代表委托人行使的投标事宜，以及超出本授权范围的其他事宜。

委托期限： 日，自  年  月   日至  年 月  日

附身份证复印件

委托人：（盖单位章）

法定代表人：（签字）

受委托人：（签字）

**附件4：CT保修要求**

**一、基本情况**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 设备名称 | 生产厂家 | 型号 | 序列号 | 数量 | 维保周期 | 保修内容 |
| CT | 联影 | uCT528 | 236165 | 1 | 1年 | 整机保修 |
| MR | 联影 | uMR588 | 170040 | 1 | 1年 | 整机保修 |

**二、服务要求**

1、提供投标企业的相关资质证明：营业执照、医疗器械经营许可证等。

2、投标单位所代表服务机构在省内至少有四名维修工程师，工程师持有在有效期内的CT、MR维修培训证书（提供证明文件），提供工程师的姓名及联系方式。

3、投标单位所代表的服务机构必需在国内设有专业、充足的设备零备件仓库，备件仓库大于2个，在不同的省份。提供备件库地址及联系方式，并确保提供的备件是与原设备型号一致的原厂备件。

4、有专职的应用培训专家，能以现场和远程形式，提供临床应用和相应业务拓展的专业支持（提供人员姓名、资料）。

5、提供不限次数的现场人工技术服务和不限次数的零备件更换。

6、响应时间：具备专门客户服务专线电话，24小时\*365天有专人接听，接到故障报修电话后，2小时内做出响应，工程师在24小时内到达现场进行维修。

7、确保设备开机率达到97%以上（按照365天/年计），即正常开机达到354天/年，停机不超过11天/年,**每超过一天免费维保期顺延三天。**

8、对保修设备提供年度保养计划，按计划定期进行保养、维护，并做好记录。

9、定期保养：每年提供4次以上专业保养，并提供保养报告单，保养中需更换的损耗品由中标人免费提供。

10、每半年提供一次维修维保工单，每年提供年度设备故障维修分析报告及质控报告。

11、除非取得医院书面允许，中标人不得转包合同给第三方。