**绍 兴 市 人 民 医 院**

采购需求调查承诺表填报注意事项

**本次填报将作为医院制定采购需求的重要依据，请各供应商认真阅读研究本注意事项和填报表格，如实、细致、准确开展填报工作：**

**一、本次采购需求调查承诺表中所列医疗设备维保项目及数量、预算金额，仅为现阶段工作计划，医院将根据实际工作进展进行调整和完善，最终以财政批复为准。**

**二、填报时，如需了解维保项目设备具体情况，请主动联系对接。**

**三、绍兴市人民医院医疗设备维保项目购置，一律以本次发布的信息为准。**

1. 请根据想报名参加的项目，在承诺表中对应项目后面填报相关承诺信息。
2. 填报过程中请勿删除任何栏目或修改表格格式，同一设备项下无法填写的栏目，请用“/”表示。
3. 表格标“\*”为必填项。
4. “用户单位”请优先填写浙江省内三甲医院，并提供相应价格的政府采购网链接。
5. “是否可提供原厂全新零配件”要求所提供的零配件具有规范的进货渠道，所有零配件为原厂原装全新配件，后续提供配件时，进口配件须提供报关证明，重要部件需提供出厂检测报告。
6. “具有经原厂技术培训并获得资格认定的工程师人数”填写的工程师人数均应经原厂技术培训并获得资格认定，并能够提供工程师近三个月社保缴纳证明。
7. “承诺每年提供维护保养次数（次/年）”请填写每年对维保设备提供定期维护保养次数，维护保养包括设备安全检查，质量检查，状态检查，除尘保养等。
8. “最近常驻点或办事处所在城市”请填写离绍兴市人民医院最近的常驻点或办事处所在的城市，如绍兴市、杭州市等，要求能够提供营业执照或机构场地相关证明。
9. “800或400客户服务专线电话”请填写对应服务专线电话号码，如不具备请填写“无”。
10. “承诺最晚响应时间和最晚技术人员到场时间”请分别填写承诺设备出现故障时，最晚响应时间和最晚技术人员到场时间。要求在承诺的时间内响应，提供电话技术支持。如电话解决不了设备故障，在承诺的时间内（包括节假日）派出技术人员到达设备使用现场进行维修。
11. 表格请统一命名为“供应商名称+调研承诺表”。
12. 此表格务必同时提供盖章扫描件和EXCEL表。扫描件统一使用A3纸，未填报的设备不必打印。
13. 请广大供应商务必客观、如实、仔细填写。由于未正确填写、弄虚作假可能导致的后果，供应商自行承担，造成不良后果的，绍兴市人民医院将依法追究责任。
14. 表格请在指定时间内报送至指定链接，具体时间和链接参考公告内容，可同时填报多个序号。逾期可能造成的后果自负。
15. 填报过程中问题，请联系：绍兴市人民医院设备处郑工，联系电话：0575-82309000。

感谢广大供应商支持！