

## 关于征集超声探头更换服务商的通知

我院拟采购以下超声探头：

序号	设备名称	品牌	设备型号	拟采购探头
1	彩色多普勒超声诊断仪	GE	Voluson E10	容积探头 RM6C
2	彩色多普勒超声诊断仪	飞利浦	EPIQ 7C	矩阵经食道三维探头

现在开始征集或邀请服务商，报名需提供：

- 1、服务商公司证照（符合《中华人民共和国政府采购法》第二十二条规定的资格要求，具有《医疗器械经营许可证》。）
- 2、业务员授权书及社保缴费证明（由本单位或其控股关系子公司，或本单位委托外服公司购买的近六个月内社保证明）及居民身份证复印件
- 3、服务商法定代表人居民身份证复印件
- 4、承担同品牌配件更换服务证明（合同复印件或中标通知书）
- 5、服务商工程师团队介绍及相应专业技术资质证明（提供由本单位或其控股关系子公司，或本单位委托外服公司购买的近六个月内社保证明）
- 6、同类设备服务客户名单
- 7、更换方案（含响应时间、交付时间）

以上资料，加上封皮及报名表胶装成册并加盖公章，交至联系人，要求：封皮按照附件一《封皮》，首页按照附件二《报名表》制作。

联系人：曹璐

联系电话：69088114

报名截止时间：2023年5月19日

报名地址：石家庄市人民医院 医学装备部

石家庄市建华南大街365号

石家庄市人民医院

2023年5月12日

附件一：《封皮》

第 包

项目编号\_\_\_\_\_

项目名称\_\_\_\_\_

公司名称\_\_\_\_\_

业务员姓名\_\_\_\_\_联系电话\_\_\_\_\_

附件二：《报名表》

## 报名表

项目编号：\_\_\_\_\_ 项目名称：\_\_\_\_\_

服务商名称：\_\_\_\_\_

授权人姓名：\_\_\_\_\_ 联系电话：\_\_\_\_\_

序号	资料名称	页码	审查结果
1	服务商公司证照		
2	业务员授权书及社保缴费证明（由社保机构出具在报名单位的近6个月的养老保险证明）及居民身份证复印件		
3	产品法定代表人居民身份证复印件		
4	承担同品牌配件更换服务证明（合同复印件或中标通知书）		
5	服务商工程师团队介绍及相应专业技术资质证明（附由社保机构出具在报名单位的近6个月的养老保险证明）		
6	同类设备服务客户名单		
7	更换方案（含报价、响应时间、交付时间）		
8	其他		

设备名称(注册证名称)：\_\_\_\_\_ 型号：\_\_\_\_\_

