**附件1：**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **时间** | **报名方式** | **报名单位** | **联系人** | **联系人电话** | **邮箱** |
|  |  |  |  |  |  |

成都市第四人民医院医用气体（负压）系统维护保养服务采购项目

供应商报名表

**附件2：**

法定代表人资格证明

成都市第四人民医院：

单位名称：

地址：

姓名：        性别：       职务：

身份证号码：              ，系 （公司名称）   的法定代表人，以本公司名义参加 **（项目名称）** 的挂网比选，代表本公司进行比选谈判、签订合同和处理与之有关的一切事务。

特此证明。

供应商（公司全称并加盖鲜章）：

法定代表人（签字或加盖个人名章）：

日期：      年   月   日

**附件3：**

法定代表人授权书

本授权委托书声明：我 (姓名) 系 (公司名称) 的法定代表人，现授权 (姓名及职务) 为我（公司）委托代理人，以本公司的名义参加 **（项目名称）** 的挂网比选。委托代理人在比选过程中所签署的一切文件和处理与之有关的一切事务，本公司及我本人均予以承认，并全部承担其所产生的所有权利和义务。

本授权书于 年 月 日生效，有效期 天。

委托代理人无转委托权。

特此委托。

供应商（公司全称并加盖鲜章）：

法定代表人（签字或加盖个人名章）：

委托代理人（签字或加盖个人名章）：

日期：      年   月   日

**附件4：**

医用气体（负压）系统维护保养服务月度考核表

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 考核单位：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | |
| 考核日期：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | |
| 考核人员：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | |
| 一、基本信息 | | | | |
| 被考核服务商：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | |
| 维保区域：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | |
| 本次维护保养时间：\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日 | | | | |
| 二、考核项目及评分标准 | | | | |
| 考核项目 | 考核内容 | 评分 | 得分 | 备注 |
| 1. 设备运行状态 | 负压机组运行是否正常，无异常噪音/振动 | 8 |  |  |
| 负压值是否稳定，符合医疗标准（如-0.02~-0.07MPa） | 8 |  |  |
| 2. 管道系统检查 | 管道无泄漏、锈蚀、变形 | 8 |  |  |
| 终端接口密封性良好，无堵塞 | 8 |  |  |
| 3. 过滤器清洁/更换 | 过滤器是否清洁或按期更换（根据厂家要求） | 8 |  |  |
| 过滤效率是否符合标准 | 8 |  |  |
| 4. 电气控制系统 | 控制面板功能正常，报警系统灵敏（如压力异常、断电报警） | 8 |  |  |
| 备用电源测试 | 8 |  |  |
| 5. 记录与文档 | 维护保养记录完整（时间、内容、人员签字） | 4 |  |  |
| 设备维修档案更新及时 | 4 |  |  |
| 6. 应急处理能力 | 突发故障响应时间（如≤30分钟） | 6 |  |  |
| 备用设备切换测试正常 | 6 |  |  |
| 7. 人员操作规范性 | 是否按标准流程操作 | 6 |  |  |
| 8.机房卫生情况 | 干净整洁 | 4 |  |  |
| 9. 用户满意度 | 临床科室反馈（如负压稳定性、服务及时性） | 6 |  |  |
| 考核结果：\_\_\_\_\_\_分（优秀（≥92分、合格（84-92分）、不合格（＜84分）） |  |  |  |  |
| 扣分标准：每季度考核平均分若低于80分，每少1分则扣除1%服务费。连续三次考核不合格，采购方不予支付款项，且不承担任何法律责任。 | | | | |
| 考核人签字： | | | | |
| 负责人签字： | | | | |
| 服务商确认签字： | | | | |