**附件**

**需求征集明细表**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **汕头市公共卫生临床中心住院病床采购项目** | | | |
| **一、技术要求** | | | |
| **序号** | **采购内容** | **技术参数** | **单价（元/套）** |
| 1 | 住院病床 |  |  |
| **二、商务要求** | | | |
| **质保期** | | **1.质保期 年。**  2.所有货物服务按国家“三包”有关规定执行“三包”。质保期自交付验收合格之日起计算，质保期内提供上门维修、更换和软件升级服务；质保期结束后，提供终身维护，并优惠提供相关零配件。  （填写按照供应商可承诺给采购方的**最长**质保期） | |
| **产品及售后服务要求** | | 1.成交人交付的所有住院病床必须是签订合同之日**前 年**内生产的产品。  2.送货至采购人指定地点，协助进行安装场地设计，完成安装和调试。所有安装应符合国家、行业相关标准及规范。**（所有货物仅接受现场交付，不接受邮递）**  3.为采购人提供产品操作、维修、日常养护等方面的培训，确保采购方使用人员能独立操作使用，培训人数、时间、地点等由采购人指定。  4.故障响应时间：在使用过程中出现质量问题，成交人在接到采购人通知后1小时作出响应；如需到达现场解决的，在3小时内应到达现场。  5.成交人须遵守医院出入规定，在供货、安装过程中确保相关人员安全。供货、安装过程中产生的残留物或垃圾，成交人需自行清理至校外。 | |
| **交付时间** | | 1.交付时间：自签订合同之日起 **日历日**内全部交付完成并验收合格。  2.交付地点：汕头市公共卫生临床中心。  （填写供方可承诺的**最短**交付期） | |
| **三、其它要求** | | | |
| （填写其他补充事项） | | | |

供应商全称： （公章）

法定代表人或委托代理人： （签字或签章）

供应商地址：

供应商联系方式： （联系人、联系电话）

日期： 年 月 日