|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 技术需求表（服务类） | | | | | | | | | | |
| **项目名称** | 电机驱动及人工更换服务 | | | **单价**  **（万元）** | 30.8708 | **数量**  **（项）** | 1 | **预算总金额**  **（万元）** | 30.8708 | |
| **需求类别** | **序号** | **需求名称** | **技术参数和需求内容** | | | | | | | **备注** |
| **符合性**  **要求** | \*1 | 服务要求 | 适用于GE公司生产的Revolution CT X射线计算机断层扫描系统的电机驱动1个及备件更换服务 | | | | | | |  |
| 2 | 其他符合性条款 | 厂家或其授权的代理商过去三年内无重大维修事故及法律纠纷。 | | | | | | |  |
| **企业实力**  **要求** | 1 | 人员实力 | 厂家或其授权的代理商配备原厂全职专业维修工程师≥4名，并出具书面材料证明。 | | | | | | |  |
| 2 | 企业实力 | 厂家或其授权代理商具有医疗设备维修企业资格（营业执照的经营范围包括医疗器械维修）。提供年检有效的营业执照。 | | | | | | |  |
| 3 | 其他实力条款 | 厂家或其授权代理商在北京市内设有长期稳定的服务机构≥2年。 | | | | | | |  |
| **技术性**  **要求** | •1 | 项目经理 具备资质 | 需从事售后服务业大于1年，可以提供专业服务方案。 | | | | | | |  |
| 2 | 项目配备的工程师需提供经原厂认证的有效期内资质证明文件。 | | | | | | |  |
| •3 | 团队其他人员 具备资质 | 厂家或其授权代理商拥有CT设备全国专职技术支持团队≥4人，且其中之至少1名要求具备大于10年的投标人公司连续服务年限。提供姓名及原厂培训考核合格授权资质证。 | | | | | | |  |
| 4 | 厂家或其授权代理商具备客户服务专线电话，全年365天开通，并设有不少于10人以上专人接听，每天开通服务时间不少于12小时，当所保设备出现故障时，供应商按照合同约定时间相应，技师派遣工程师进行电话指导或赴现场维修。 | | | | | | |  |
| •5 | 服务方案 | 厂家或授权代理商在接到报修任务以后需30分钟内响应，24小时内到场故障确认，并明确故障原因。制定符合设备原厂标准的维修方案，维修完成以后出具原厂认定的质量合格报告。 | | | | | | |  |
| 6 | 厂家或其授权供应商须提供设备维修需使用的特殊精密专业工具列表。 | | | | | | |  |
| •7 | 质量控制 | 所更换的备件必须是原厂零配件，满足设备运行要求，不会给设备带来伤害。 | | | | | | |  |
| 8 | 验收考核办法 | 到货安装后进行测试，需提供服务记录 | | | | | | |  |
| •9 | 服务续期期限 | 质保期3个月（更换使用之日起算） | | | | | | |  |
| 说明：1.加注“\*”号的技术指标为关键指标，≥1项未达到招标文件要求，即做废标处理  2.加注“·”号的技术指标为重要指标  3.加注“\*”、“·”号的技术指标均需投标企业提供证明材料 | | | | | | | | | | |