## 附件：

## **保亭黎族苗族自治县人民医院（保亭黎族苗族自治县医疗集团总医院）医用PCR分析系统维修项目市场询价采购清单**

## **设备采购清单**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **设备名称** | **生产厂家** | **型号** | **数量** | **更换配件维保年限** | **预算总额（元）** |
| 1 | 医用 PCR 分析系统 | 赛沛 | GeneXpert DX System | 1 | 半年 | 27400 |

以上报价含税及包含产品质保期内服务过程中可能产生的其他费用。

报价单位：（盖章）

联 系 人：

身份证号：

## 电 话：

## 日 期：2025年02月 日

## **服务参数要求**

## 1、医用PCR分析系统检测模块损坏无法正常使用，维修需更换两个检测模块。更换的配件必须是原厂全新的。

2、机器维修所需更换零配件费用、工时费、差旅费等所有因维修服务所产生的费用均包含在报价内。

3、需提供营业执照，营业执照经营范围需包含设备维修。提供厂家或其代理商开具的授权书。

4、对所更换的配件保修期6个月（人为损坏及不可抗拒的自然因素除外）。

**投标人将严格按以下要求及格式制作资料，并附在报价材料中：**

**1.报价一览表**

**医用PCR分析系统维修项目报价表**

**项目名称：医用PCR分析系统维修项目**

**项目编号：BYXJ-2025008**

|  |  |
| --- | --- |
| **机构名称** |  |
| **报价金额** | **大写： 人民币** **小写：￥ 元** |
| **合同履行期限** | **1年（以实际协议为准）** |

## **机构名称： （填写单位名称并盖章）**

**法定代表人或授权人代表： （签字或盖章）**

**联系电话：**

**日期：2025年 月 日**

说明：本表价格一栏空白，落款处供应商名称（盖章）处须有供应商加盖公章，否则本次报价无效，将采用投标报价作为最终报价，供应商应尽量避免书写错误。

**注:**①报价应包括文件所规定的采购范围的全部内容； ②报价总计包括一切相关费用（含质保期内更换全新配件产品费用、产品安装调试费、税费、质保期外的维修费等）。

**2.法定代表人授权书格式**

**法定代表人授权书**

**致保亭黎族苗族自治县人民医院：**

兹授权： 先生/女士作为我公司的合法授权代理人，参加保亭黎族苗族自治县人民医院组织的医用PCR分析系统维修项目（采购编号：BYXJ-2025008）采购活动。

**授权权限：**全权代表本公司参与上述项目的采购活动，并负责一切响应文件的提供与确认，其签字与我司公章具有相同的法律效力。有效期限：与件中标注的投标有效期相同，自法定代表人签字之日起生效。

被授权人： （亲笔签名） 联系电话：

职 务： 身份证号码：

公司名称： （公章） 营业执照号码：

法定代表人： （亲笔签名） 联系电话：

职 务： 身份证号码：

生效日期：2025年 月 日

**法定代表人**

**居民身份证复印件粘贴处**

**被授权人**

**居民身份证复印件粘贴处**

**注：本授权书内容不得擅自修改。**