## 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）**

**电子肠镜维修项目询价采购清单**

|  |
| --- |
| **电子肠镜维修清单** |
| **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 | 电子肠镜 | 奥林巴斯 | PCF-Q260JI/2921712 | 1 | 半年 |  |

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 月 日

**服务参数要求**

1、电子肠镜经检测发现无法正常使用，维修需更换插入管、水气射水管、钳道管、蛇骨、弹簧管、角度钢丝、弯曲外网、弯曲橡皮、物镜和吸引缸体。

2、机器维修所需更换零配件费用、人工、辅料及运输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，提供质量保证书。

4、维修公司在海南省内须有驻点工程师，同时工程师需有内窥镜设备安装专业技能培训证书。

5、中标后公司需能在两天内维修好寄回正常使用，需提供备用镜。

6、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）。

**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电子肠镜维修项目(采购编号：BYXJ-2025017）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。**