附件：报名表

|  |  |
| --- | --- |
| **项目报名表** | |
| **项目名称** |  |
| **项目编号** |  |
| **供应商名称（公章）** | （填写完整的单位全称，必须与响应文件上的供应商一致） |
| **统一信用代码** |  |
| **办公地址** |  |
| **报名包号**  **（项目分包时填写）** | （填写报名包号，变更或放弃包号请来函告知，放弃报价请来函告知） |
| **授权代表** | （填写联系人姓名）请填写一个固定联系人，变更请来函告知。 |
| **授权代表手机** | （填写联系人手机）  有关信息我们会短信发送至手机，请关注并收到后回复。 |
| **授权代表座机** |  |
| **授权代表电子邮箱** | 填写联系人邮箱）  有关文件我们会邮件发至您邮箱，请收到后注意回执。  如线上获取文件， 请用本表填报邮箱发送报名资料 |
| **开票资料** |  |
| **邮寄地址** |  |

# 采购需求清单

本项目的服务内容如下：

1. 在用射线装置19台，其中CT4台、C臂机3台、DSA1台、DR2台、移动DR3台、IVY-1000M移动DR1台、牙片机1台、口腔CT1台、直线加速器1台、数字胃肠机1台、乳腺机1台。

（2）具体检测清单如下

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 射线装置及放射诊疗场所清单 | | | | | | | | | |
| 序号 | 名称  (价格构成要素) | 预算内有无配件需求(货物类填写) | 货物规格／型号(货物类填写) | 进口／国产(货物类填写) | 维修／维保及其他服务 | 数量 | 单位 | 合同服务期限(年) | 预算金额构成明细(元) |
| 1 | CT放射设备年度检测 | 无 | / | / | 检测服务 | 4 | 台 | 3 | 45600 |
| 2 | C臂机 | 无 | / | / | 检测服务 | 3 | 台 | 3 | 18000 |
| 3 | DSA | 无 | / | / | 检测服务 | 1 | 台 | 3 | 12900 |
| 4 | DR | 无 | / | / | 检测服务 | 2 | 台 | 3 | 12000 |
| 5 | 移动DR | 无 | / | / | 检测服务 | 3 | 台 | 3 | 13500 |
| 6 | IVY-1000M移动DR | 无 | / | / | 检测服务 | 1 | 台 | 2 | 3000 |
| 7 | 牙片机 | 无 | / | / | 检测服务 | 1 | 台 | 3 | 6000 |
| 8 | 口腔CT | 无 | / | / | 检测服务 | 1 | 台 | 3 | 6000 |
| 9 | 直线加速器 | 无 | / | / | 检测服务 | 1 | 台 | 3 | 21000 |
| 10 | 数字胃肠机 | 无 | / | / | 检测服务 | 1 | 台 | 3 | 6000 |
| 11 | 乳腺机 | 无 | / | / | 检测服务 | 1 | 台 | 3 | 6000 |
| 合计:19台 | | | | | | | | | 150000 |

注：在合同期内，检测设备数量会根据医院射线装置的变化有所调整。相应费用根据实际检测设备数量进行结算。