

广州医学大学附属番禺中心医院超声眼科乳化治疗仪维保采购项目市场调查公告-调研公告

广州医学大学附属番禺中心医院超声眼科乳化治疗仪维保采购项目市场调查公告

根据我院业务发展需要，拟采购如下维保服务，现进行市场调查，欢迎各符合条件的供应商报名（声明：本公告所述的功能及参数无任何针对性、倾向性和排他性，因市场了解的局限性，可能存在某些不足，仅作为我院市场调查参考所用）。

一、项目内容

1、维保清单

设备名称	型号	设备序列号	数量	启用时间
超声眼科乳化治疗仪 (爱尔康品牌)	Centurion	1604050101X	1	2017年

2、维保范围及简要要求

- (1) 维保服务范围：整机全保，包括但不限于：整机所有零配件的更换、无限次人工维修服务、定期保养服务、软硬件安全改版免费升级等。
- (2) 不包含的维保服务范围：耗材、手柄、脚踏。
- (3) 负责每年的预防性维护保养。
- (4) 更换的配件须为设备原厂全新配件。

3、服务年限：3年

二、供应商资格条件（提供对应材料或承诺函）

- 1、具有在合同期内按需供货的能力，保证能及时对拟购项目提供供货、售后等服务。
- 2、不接受联合体报名。

三、报名材料

- 1、第二点所列资格条件的对应材料或承诺函。
- 2、公司三证：经营许可证、营业执照、税务登记证。
- 3、制定详细的维保方案（含报价）及公司实力说明。
- 4、维保业绩清单：提供三家以上三甲医院同类设备合同复印件或发票复印件或中标通知书。
- 5、中小企业划型情况及声明函（注：本项目属于其他未明行业，从业300人以下为中小微企业，从业100人员及以上为中型企业、从业10人及以上为小型企业、从业10人以下为微型企业）。
- 6、以上提供的资料均需加盖公司印章，并将电子版资料（标题：公司名称+超声眼科乳化治疗仪设备维保方案）于2025年7月30日前发送至邮箱：lgming111@163.com。

四、联系事项

1.联系方式：15811862362、李工

2.报名地点：广东省广州市番禺区桥南街福愉东路8号设备科

广州医科大学附属番禺中心医院

2025年7月1日