**附件一：**

**一、服务内容及要求**

（一）服务要求

1、成交供应商应在合同签订后20个工作日以内，按照“设备配置情况表”及采购人的要求完成租赁设备的安装、调试工作。

2、租赁设备验收：

（1）租赁设备到达采购人指定地点后，成交供应商应会同采购人单位人员进行开箱、清点、外观检查，并填写开箱记录，双方签字确认。

（2）成交供应商应保证货物到达采购人所在地完好无损，如有缺漏、损坏，由供应商负责调换、补齐或赔偿。

（3）成交供应商应并派遣专业技术人员进行现场安装调试。

（4）成交供应商提供的租赁设备满足以下条件方视为验收合格：

①租赁设备技术参数与租赁合同一致，性能指标达到规定的标准；

②租赁设备技术资料、装箱单、合格证等资料齐全；

③在租赁设备试运行期间所出现的问题得到解决，并运行正常。

（5）成交供应商未按时提供租赁设备或租赁设备验收不合格的，成交供应商将承担一切责任，并负责赔偿对采购人造成的全部损失。

（6）租赁设备包装材料归采购人所有。

3、供应商承诺的租赁设备的质保期不得低于国家“三包”规定。提供租赁设备的质保承诺函（格式自拟）。

（二）租赁设备配置情况表

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 位置 | 分机配置数量  （暂定） | 可供  饮水人数 |
| 1 | 第一住院楼 | 分机38台 | 150-300人 |
| 2 | 第二住院楼 | 分机31台 | 100-240人 |
| 3 | 第三住院楼 | 分机9台 | 30-60人 |
| 4 | 医院综合楼 | 分机13台 | 60-80人 |
| 5 | 采购人指定地点 | 主机5台 |  |

（三）租赁设备技术参数

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 名称 | 型号 | 技术参数要求 | 数量  （暂定） |
| 管线供水型 | 主机 | ★1.材质：“食品级”管材  ★2.供水量：  压力桶：30-50L  制水量：40L/H  ★3.过滤配置：≥5级（具备RO反渗透功能）  ★4.具备节水功能 | 5台 |
| 立式分机 | ★1.材质：“食品级”管材  2.具备智能加热防护技术  ★3.供水要求：  热水制水量：≥5L/H  冷水温度≤15℃  ★4.具备杀菌功能  5.加热功率≤500W | 2台 |
| 壁挂式分机 | ★1.材质：“食品级”管材  2.具备智能加热防护技术  ★3.热胆容量：≥1L  ★4.具备杀菌功能 | 89台 |

注：带“★”号要求为重要要求。

**二、商务要求**

（一）服务期限：1年。

（二）服务地点：内江市东兴区人民医院指定地点。

（三）报价要求：磋商报价应是最终采购人验收合格后的该项目总价，包括完成本项目所需的设备租赁费（须分别报出不同型号机型的租赁单价）、检测费、运输费、装卸费、后期服务费、安装调试费、维保费及各种应缴税费。因成交供应商自身原因造成漏报、少报皆由其自行承担责任，租赁人不再补偿。

（四）付款方式：

成交供应商提供的租赁设备经采购人验收合格后，采购人将按合同约定付款。

（五）售后服务要求：

成交供应商在质保期内应当为采购人提供以下技术支持和服务，提供售后服务承诺函（格式自拟）；若由租赁设备制造商（指租赁设备生产制造商或其负责售后服务机构，以下同）负责售后服务的，应当在响应文件中予以明确说明。

1、电话咨询

供应商应当为采购人提供技术援助电话，解答采购人在使用中遇到的问题，及时为采购人提出解决问题的建议。

2、现场响应

采购人遇到电话咨询不能解决的使用及技术问题，成交供应商应在24小时内到达现场进行处理；无法在48小时内解决的，应在72小时内提供备用产品及配件，以维持采购人的正常使用。

3、定期必须更换设备全部所有滤芯（含PP棉、活性炭、RO膜等）；

4、定期向医院提供具备CMA检测资质的第三方机构出具的检测合格的随机抽取水样书面检测报告原件一份；

5、每月对租赁设备进行清洗及维护一次，同时自行水质检测，确保TDS值在20以内。

6、成交供应商在服务期限内，维修使用的备品备件及易损件应为原厂配件，未经租赁人同意不得使用非原厂配件；

（六）知识产权

采购人在中华人民共和国境内使用成交供应商提供的服务时免受第三方提出的侵犯其专利权或其它知识产权的起诉。如果第三方提出侵权指控，成交供应商应承担由此而引起的一切法律责任和费用。

**附件二**

**供应商报名登记表**

|  |  |
| --- | --- |
| 项目编号(必填） |  |
| 项目名称(必填） |  |
| 单位名称(必填） | （加盖公章） |
| 单位地址(必填） |  |
| 购买文件时间(必填） |  |
| 联系人(必填） |  |
| 单位固定电话 |  |
| 经办人移动电话(必填） |  |
| 单位传真 |  |
| 电子邮箱(必填） |  |
| 备 注 |  |