西南医科大学附属口腔医院询价采购报价单

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **项目名称** | 西南医科大学附属口腔医院远程心电图会诊服务采购项目 | | | |
| **采购内容** | 实现医院远程心电图会诊服务 | | | |
| **供应商特定资格要求** | 须具有卫健委颁发《医疗机构执业许可证》或《诊所备案凭证》（需提供证明复印件并加盖单位公章）或者提供接入具有该资质医疗机构的承诺。 | | **供应商是否具备（是/否，加盖公章）** |  |
| **商务要求** | **1.合同时间：**三年。  **2.付款时间、方式：**每例最高报价不超过 15 元/例，具体以实际发生数量为准。  **3.售后服务：**1.满足为7×24小时支持维护服务，  2.遇到使用和技术问题，30分钟内响应，无法在24小时解决的，两个工作日左右提供备用方案，确保正常开展远程心电图会诊服务。 | | | |
| **服务要求** | 1.静息心电图诊断报告发送时间：<30分钟；（提供证明材料）  2.危急值静息心电图诊断报告发送时间：立即处理，10分钟内出诊断结论；（提供证明材料）  3.诊断服务时间：全年7x24小时制（含国定节假日）；  4.心电图危急值处理：具备心电图危急值管理体系；  5.远程心电服务规范满足相关质控部门要求。 | | | |
| **报 价** | | | | |
| **报价项目** | **项目预算（元）** | **最高单价限价（元）** | **投标单价（元）** | **备注** |
| 远程心电图会诊服务 | 12000元/年，服务期三年 | 15元/例 | 元/例 |  |

注：1. 此表为供应商采购报价及投标唯一依据，盖章并签字视为完全响应上述商务要求及服务要求。

2.供应商需提供营业执照以及上表要求提供的证明材料并加盖鲜章。

报价单位（盖章）： 法定代表人（签章）：

年 月 日 联系电话：