

大连市第五人民医院询价函

大连市第五人民医院放射诊疗设备年度检测服务项目采购询价函

各供应商：

大连市第五人民医院拟采购放射诊疗设备年度检测服务项目，预算5.0万元。现诚意邀请贵公司对“大连市第五人民医院放射诊疗设备年度检测服务项目”进行报价，报价超出采购预算的，视为无效。

一、采购需求

依据《医用 X 射线诊断防护要求》(GBZ 130-2013)，《医用常规 X 射线诊断设备质量控制检测规范》(WS 76-2017)的要求，放射诊断设备需每年进行医用 X 射线诊断设备影像质量控制检测与放射卫生防护检测。

现有 14 台放射诊疗设备需进行年度检测：CT 机 3 台，DR 机 2 台，移动 DR 机 1 台，乳腺机 X 射线机 1 台，胃肠透视机 1 台，DSA 1 台，C 型臂 2 台，牙片机 1 台，医用直线加速器 1 台，模拟定位机 1 台，供方检测后需出具检验检测报告。

另有 DR 机 1 台，需做控制效果评价；胃肠机 1 台，需做预评价和控制效果评价，并出具检测报告。

二、报价文件报送

若贵公司有意参加此次报价，请将报价文件密封后加盖单位公章，

于2020年4月22日13:00前送至大连市第五人民医院（黄河路890号）机关综合楼（F座）307室（采购办），逾期者视为放弃。

三、报价须知

- 1.报价文件中应包含报价单、营业执照、检测资质等材料。
- 2.报价文件须每页加盖公章。
- 3.报价单经我单位认可即为签订合同的最终依据。

四、确定中标及合同签订

本次采购以满足采购需求且报价最低的原则确定中标单位。

五、付款方式

供方按照我方实际需要检测的放射诊疗设备数量进行检测，检测完毕后，供方出具检测报告，经市卫生行政部门审核通过后，我方通知供方向我院开具正规发票，我院收到发票之日起三十个工作日内以支票或电汇的形式支付检测费用。

六、其它要求

- 1.技术服务单位必须具有省级以上质量技术监督局发放的《检验检测机构资质认定证书》。
- 2.具有市级以上卫生健康委发放的《放射卫生技术服务机构资质证书》。
- 3.技术服务范围：符合建设项目职业病危害放射防护评价乙级资质及以上（含乙级）。
- 4.具有上述我院放射工作场所及放射诊疗设备的放射防护检测资质。

七、联系方式

名称：大连市第五人民医院采购办

联系人：蒲宽、王祎娜

联系电话：0411-84244322

地址：大连市第五人民医院（黄河路 890 号）机关综合楼（F 座）
307 室（采购办）



