**陕西中医药大学第二附属医院**

**服务项目类考察表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 项目名称 | 西咸院区电梯维保服务项目 | | | | 申请科室 | | | 设备科 |
| 项目服务年限 | 2年 | | | 项目主要设备数量 | | | 直梯42部，扶梯8部 | |
| 是否需要驻场人员 | | 🗆否 🗆是  人数： （≥2人） | | 是否包含配件 | | 🗆否 🗆是  包含 500元 以下配件 | | |
| 项目拟定总预算 | 万元 | | | | | | | |
| 评审得分 | 分 | | 请各位评委按照项目服务方案、项目报价、主要配件价格等综合考虑打分（满分为10分），6分以下为不能满足业务需求，6-8分基本满足，8-10分为满足业务需求。 | | | | | |
| **（**以下为报名供货商填写**）**  本电子表格一物一表，填写完成后打印，50万元以下项目一式5份,50万元以上项目一式10份。每张表必须在一页内填写，表格不够可缩小文字，也可另外增加附页。 | | | | | | | | |
| 拟投供货商名称 | 联系人： 联系电话： | | | | | | | |
| 项目服务方案 | 1.  2.  3.  4.  5. | | | | | | | |
| 项目报价 | 总价： 万元； | | | | | | | |
| 主要配件及价格 |  | | | | | | | |
| 省内外用户  （提供合同等证明材料） |  | | | | | | | |
| 公司资质 | 资质是否齐全：🗆是 🗆否 | | | | | | | |
| 备注 |  | | | | | | | |

专家（签字）： 日期： 年 月 日