

## 附件 1：检测设备清单

序号	设备名称	生产厂家	型号	2023 年性能	2023 年防护
1	移动式 C 型臂 X 射线机	西门子股份公司	ARCADIS Varic	√	√
2	医用诊断 X 射线机（胃肠机）	SHIMADZU（岛津）	D-VISION PLUS 50	√	√
3	数字 X 射线摄影（DR）	SIEMENS（西门子）	AXIOM Aristos VX Plus	√	√
4	移动式数字 X 射线摄影（移动 DR）	岛津	MUX-100DJ	√	——
5	数字化 X 射线摄影系统（双板 DR）	SEDECAL（赛德科）	NOVA FA-C	√	√
6	数字减影血管造影（DSA）	SIEMENS（西门子）	Artis zee III ceiling	√	√
7	数字减影血管造影 X 线机（DSA）	飞利浦	UNIQ FD20	√	√
8	X 射线计算机断层摄影装置（64 排 CT）	SIEMENS AG（西门子）	SOMATOM Definition AS	√	√
9	X 射线计算机断层摄影装置（16 排 CT）	PHILIPS（飞利浦）	Ingenuity Flex	√	√
10	医用磁共振成像（MRI）设备	西门子迈迪特	MAGNETOM ESSENZA	√	——
11	3.0T 磁共振成像系统	GE	SIGNA Pioneer	√	——
12	放射治疗模拟机	山东新华	SL-IP	√	√
13	医用电子加速器	SIEMENS（西门子）	PRIMUS	√	√

## 附件 2：公司资质要求

- 1、报价公司要求提供营业执照、检验检测机构资质认定证书、放射卫生技术服务机构资质证书复印件，并加盖公章。
- 2、提供法定代表人证明书、法定代表人授权委托书，并加盖公章。

### 附件 3：询价报价文件模板

## 法定代表人证明书

报价单位：

地 址：

（姓名）系（报价单位）的法定代表人，特此证明。

附：身份证正反面复印件

报价单位（单位公章）：

法定代表人（签名或签章）：

日期： 年 月 日

# 法定代表人授权委托书

兹授权（委托代理人姓名）为我公司委托代理人，其权限是办理\_\_\_\_\_项目的报价事宜。本授权书有效期一年，自法定代表人签字之日起生效。

代理人性别：        年龄：        职务：

身份证号码：

附：身份证正反面复印件

授权单位（单位公章）：

法定代表人（签名或签章）：

委托代理人（签名或签章）：

日期：    年    月    日

# 报价函

阳春市人民医院：

我司经研究有关资料及相关要求后，对\_\_\_\_\_项目作出如下报价：

（报价明细可另附表格）

联系人：

电话：

报价单位（盖章）：

法定代表人或授权委托人（签字或签章）：

日期： 年 月 日

# 资信承诺书

阳春市人民医院：

我单位在参加\_\_\_\_\_项目的报价活动中，郑重承诺如下：

- 1、我方报价的所有资料都是真实、准确、完成的；
- 2、我方无资质挂靠公司等违法经营行为；
- 3、我方没有被各级行政主管部门做出停止市场行为的出发；
- 4、若我方中标，将严格按照规定及时与贵司签订合同；
- 5、若我方中标，将严格按照所承诺的报价等内容组织实施。

若我方违反上述承诺，被贵院发现或被他人举报查实，无条件接受贵院作出的不良行为处罚。对造成的损失，任何法律和经济责任完全由我方负责。

报价单位（盖章）：

法定代表人或授权委托人（签字或签章）：

日期： 年 月 日