**中山大学附属第一医院**

**医用设备验收报告**

**（500万（含）以上）**

项目名称：

合同编号：

设备验收明细表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 立项编号 |  | | | 使用科室 | | | |  | | | 设备保管人（含工号） | | |  | | | |
| 设备详情 | 设备清单 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 序号 | 设备名称 | | | 单价（万元） | | | | 数量 | | 总金额（万元） | | 验收日期 | | | 放置地点  （\*\*楼\*\*层） | |
| 1 |  | | |  | | | |  | |  | |  | | |  | |
| 2 |  | | |  | | | |  | |  | |  | | |  | |
| 配置清单 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 序号 | 名称 | 品牌 | | 型号 | | 产地 | | 数量 | 注册证 | 出厂编号（序列号） | | | | 保修年限 | | 保修起止日期 |
| 1-1 |  |  | |  | |  | |  |  |  | | | |  | | 年 月 日至 年 月 日 |
| …… |  |  | |  | |  | |  |  |  | | | |  | |  |
|  |  |  | |  | |  | |  |  |  | | | |  | |  |
| 2-1 |  |  | |  | |  | |  |  |  | | | |  | |  |
| …… |  |  | |  | |  | |  |  |  | | | |  | |  |
|  |  |  | |  | |  | |  |  |  | | | |  | |  |
|  |  |  | |  | |  | |  |  |  | | | |  | |  |
|  |  |  | |  | |  | |  |  |  | | | |  | |  |
|  |  |  | |  | |  | |  |  |  | | | |  | |  |
| 保修信息 | 保修服务商 | | | | | 服务商联系人 | | | | | | 联系电话（手机号） | | | | | |
|  | | | | |  | | | | | |  | | | | | |
| 性能验收明细 | 采购参数要求 | | | | | 产品符合情况（符合打“√“） | | | | | | 备注 | | | | | |
|  | | | | |  | | | | | |  | | | | | |
|  | | | | |  | | | | | |  | | | | | |
|  | | | | |  | | | | | |  | | | | | |
|  | | | | |  | | | | | |  | | | | | |
|  | | | | |  | | | | | |  | | | | | |
|  | | | | |  | | | | | |  | | | | | |
|  | | | | |  | | | | | |  | | | | | |
|  | | | | |  | | | | | |  | | | | | |
|  | | | | |  | | | | | |  | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 验收档案列表 | 送货单  合格证明文件  培训记录（原无同类设备）  开箱验货情况表及配置清单  报关单（进口设备）  计量证书（强检及依法检定设备）  检测报告（甲、乙类大型设备及放射辐射类设备）  使用说明书（电子版）  医疗器械注册证（电子版）  二维码、设备铭牌和整机照片（电子版） | | □具备 □不具备 □无需  □具备 □不具备 □无需  □具备 □不具备 □无需  □具备 □不具备 □无需  □具备 □不具备 □无需  □具备 □不具备 □无需  □具备 □不具备 □无需  □具备 □不具备 □无需  □具备 □不具备 □无需  □具备 □不具备 □无需 | | |
| 验收结果 | 主机及配件数量齐全，设备安装调试及培训已按要求完成，可正常运行，同意验收。 | | | | |
| 参与验收人 员，并同意验收结果 | 设备验收小组  （不少于5人，包含使用科室负责人  及大科主任） | 科室 | | | 姓名（工号） |
|  | | |  |
|  | | |  |
|  | | |  |
|  | | |  |
|  | | |  |
| 设备保障科：    年 月 日 | | | 供应商（ 公司）：  乙方授权 ，联系方式 ，为代表参加 年 月 日甲方组织的验收并对有乙方代表签字的专家意见表示确认。验收合格后，将履行合同承诺做好售后服务。  公 | |
| 医学工程部负责人（签字）：  年 月 日 | | | | 分管院领导（签字）：  年 月 日 | |

（202211版）