|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 金堂县第二人民医院医学检验科冻库验证服务通知单 | | | | | |
| 设施名称 | 规格 | | 所属科室 | 数量 | 最高限价（元） |
| 冻库 | 冻库尺寸：长\*宽\*高：3.3m\*2.2m\*2.2m | | 医学检验科 | 1间 | 2500.00 |
| 合计总价 | | | | | 2500.00 |
| 服务内容及要求（实质性要求） | 一、技术要求：  1、温度分布特性的测试与分析验证：检测频次:1次。  2、温度分布均衡性：检测频次:1次。  3、库门周围温度分布特性：检测频次:1次。  4、冷风机周围温度分布特性：检测频次:1次。  5、均匀性点位温度分析：检测频次:1次。  6、由具备检测资质的第三方机构进行检测并出具国家认可的报告。  7、现场采集数据后分，15个王作日内出具相应的报告。  二、商务要求：  1、提供报告原件不少于2份。  2、支付方式：1、完成冻库验证并收到验证报告，3个月内以转账方式一次性支付验证服务费用；供应商须出具合法有效完整的完税发票及凭证资料。  三、其他要求  1、供应商对院方所提供的资料负有保密义务,未经院方同意,不得提供给除行政主管部门外的第三方,否则院方有权追究供应商法律责任。保密内容包括院方提供给供应商的所有图纸、数据和资料及相关信息。 | | | | |
| 联系人（本单位）：张老师 | | 联系电话：13880679394 | | 询价日期：2025年8月13日 | |
| 报价公司名称： | | 联系人： | | 联系电话： | |
| 报价合计金额（元）： | | | 报价时间： | | |
| 备注：   1. 请按照本通知单格式填写（可增加表格行数），并附上供应商资质，每页资料均须加盖公章。请于2025年8月15日17：00前将密封好的相关资料邮寄至金堂县第二人民医院医学装备部。（逾期送到或密封和标注不符合通知要求的文件恕不接收）   2、邮寄地址：金堂县淮口镇淮白路275号，收件人：张老师，电话：13880679394。 | | | | | |