# 关于征集机房精密空调维保服务商的通知

我院机房精密空调共计19台，现维保服务即将到期，需继续进行维保。邀请符合条件的服务商积极报名。具体要求如下：

1. 维保服务需求：

1、空调整机故障的维护，包含空调的备件（例如压缩机、传感器、风机、皮带等），负责空调过滤器及过滤网的维修保养及更换工作，每台空调每年至少更换过滤网2次。

2、提供每年至少四次定期巡检保养。

3、提供每年7\*24小时故障响应服务。

二、报名公司提交材料

1. 具有有效企业法人营业执照、税务登记证、组织机构代码证或者三证合一。
2. 业务员授权书（法定代表人参加的，提供法定代表人居民身份证复印件；法定代表人授权人参加的，提供法定代表人授权书及被授权人居民身份证复印件。）

3、服务商团队介绍及相应专业技术资质证明

4、维保方案（含维保方案、响应时间、交付时间、质保期等）

5、同类设备服务客户名单、服务情况等介绍

6、报价单（见附件）

所有纸质版材料加上封皮及目录装订成册，加盖公章，电子版发至邮箱，邮箱地址：sjzsrmyyxxzxht1@163.com， 邮件名称：项目名称+厂家名称+联系人+联系方式，信息填写清楚。资料不齐全者不能参加现场演示。

三、资料提交地点：材料纸质版原件提交至石家庄市人民医院建华院区（建华南大街365号）负1层信息中心

四、提交时间：截止到2025年3月18日

五、演示时间及地点：另行通知

六、联系方式： 69089995 李老师

信息中心

2025年3月12日

附件：

**报价单**

项目名称：

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 名称 | 服务内容 | 金额 |
|  |  |  |

注：表格不够可自行添加。

供应商（公章）：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

法定代表人或其委托代理人(签字或印章）：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_日