**项目编号：JGXDYRMYYHQBZK-2024-01**

**剑阁县第一人民医院电梯维保服务采购项目**

**竞争性谈判文件**

**采 购 人：剑阁县第一人民医院**

**2024年1月**

1. **谈判邀请**

现拟对剑阁县第一人民医院电梯维保服务采购项目进行竞争性谈判采购，兹邀请符合采购要求的供应商参加。

1. **项目编号：**JGXDYRMYYHQBZK-2024-01

**二、项目名称：**剑阁县第一人民医院电梯维保服务采购项目

**三、预算控制价：**3.5万元/年

**四、资金来源：**自筹资金，已落实

**五、项目清单**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **包号** | **项目名称** | **单位** | **数量** | **服务期限** |
| 1 | 剑阁县第一人民医院电梯维保服务采购项目 | 项 | 1 | 1年 |

**备注：**

1、响应供应商对本项目进行报价且不得超过预算限价，否则报价无效。

2、报价含所有项目实施费用，包含人工费、管理费、税金、更换配件（服务期内不限次数更换单价在500元(含本数)以内的配件包含在总价内）、保险等所有可预计和不可预计费用在内。

**六、供应商参加本次采购活动应具备下列条件**

**（一）《政府采购法》第二十二条：**

1、具有独立承担民事责任的能力；

2、具有良好的商业信誉和健全的财务会计制度；

3、具有履行合同所必须的货物和专业技术能力；

4、具有依法缴纳税收和社会保障资金的良好记录；

5、参加本次政府采购活动前三年内，在经营活动中没有重大违法记录；

6、法律、行政法规规定的其他条件。

**（二）采购项目要求的特殊资格性条件：**

1、具有《中华人民共和国特种设备安装改造维修许可证》。

**七、谈判文件发售（报名）时间、地点**

本次谈判文件由供应商自行在本公告附件中下载，不单独发售谈判文件，不现场报名。

**八**、响应文件递交截止时间和采购活动开始时间：2024年 1 月 18 日下午15:00（北京时间）。

响应文件必须在响应文件递交截止时间前半小时内送达谈判地点。逾期送达的响应文件恕不接收。本次谈判不接受邮寄的响应文件。

**九、谈判地点**：剑阁县第一人民医院医技楼三楼会议室。

**十**、本谈判邀请在剑阁县第一人民医院官网(http://www.jgxdyrmyy.com/)上以公告形式发布。

**十一、联系方式**

采 购 人：剑阁县第一人民医院

地 址：剑阁县下寺镇福临街88号

联 系 人：罗老师 联系电话：15883941542

监 督 人：王老师 监督电话：18782904957

**第二章 采购项目服务内容及要求、商务要求和其他要求**

1. **服务内容**

（一）本次采购项目服务内容为剑阁县第一人民医院医疗区6台、医养区6台电梯的维修维护保养服务。

（二）电梯基本情况

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 编号及位置 | 型号 | 制造单位 | 层站门 | 数量  （台） | 梯领（年） |
| 1 | 门诊（医疗区） | TKJ1600/1.0JXWVVVF | 1.0 | 4层4站4门 | 1 | 14 |
| 2 | 门诊（医疗区） | TKJ1000/1.0JXWVVVF | 1.0 | 4层4站4门 | 1 | 14 |
| 3 | 第二住院部（医疗区） | VEW1000/1.0-VVVF | 1.0 | 5层5站5门 | 1 | 11 |
| 4 | 第二住院部（医疗区） | TBJ1600/1.0-VVVF | 1.0 | 5层5站5门 | 1 | 14 |
| 5 | 第一住院部（医疗区） | VEW1000/1.0-VVVF | 1.0 | 5层5站5门 | 1 | 11 |
| 6 | 第一住院部（医疗区） | TBJ1600/1.0-VVVF | 1.0 | 5层5站5门 | 1 | 14 |
| 7 | 综合楼（医养区） | TBJ1600/1.0-JX | 1.0 | 6层6站6门 | 1 | 14 |
| 8 | 综合楼（医养区） | TKL1000/1.0-JX | 1.0 | 6层6站6门 | 1 | 14 |
| 9 | 康养楼（医养区） | METIS | 1.75 | 12层12站12门 | 1 | 4 |
| 10 | 康养楼（医养区） | METIS | 1.75 | 12层12站12门 | 1 | 4 |
| 11 | 康养楼（医养区） | METIS | 1.75 | 12层12站12门 | 1 | 4 |
| 12 | 康养楼（医养区） | JOYMORE | 1.75 | 13层13站13门 | 1 | 4 |

1. **服务要求**
2. 供应商需根据采购人要求及相关法律法规完成本项目电梯维护保养及其所有更换配件工作，配件单价在500元以内（含本数）的配件由供应商负责，供应商还需派驻专职维护人员和24小时驻现场应急维护人员。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **500元(含本数)以内更换配件清单内容** | | | |
| **序号** | **电梯配件名称** | **单位** | **备 注** |
| 1 | UKT/UKS开关 | 个/门 | 符合采购人要求 |
| 2 | 厅轿门滑块 | 个/门 | 符合采购人要求 |
| 3 | 换速极限开关 | 个/门 | 符合采购人要求 |
| 4 | 缓冲器开关 | 个/门 | 符合采购人要求 |
| 5 | 油杯 | 个/门 | 符合采购人要求 |
| 6 | 小接触器 | 个/门 | 符合采购人要求 |
| 7 | 厅轿门触头 | 个/门 | 符合采购人要求 |
| 8 | 导靴靴衬 | 个/门 | 符合采购人要求 |
| 9 | 抱闸检测开关 | 个/门 | 符合采购人要求 |
| 10 | 门锁触头 | 个/门 | 符合采购人要求 |
| 11 | 急停开关 | 个/门 | 符合采购人要求 |
| 12 | 应急灯及警铃 | 个/门 | 符合采购人要求 |
| 13 | 钢丝绳 | 根（20米内）/门 | 符合采购人要求 |
| 14 | 随行电缆 | 2米内/门 | 符合采购人要求 |
| 15 | 按钮 | 个/门 | 符合采购人要求 |
| 备注：包含但不仅限于以上清单内内容。 | | | |

（二）供应商需负责办理电梯年度检测（费用除外）及领取报告。负责采购人通过各级、各类电梯检查和技术年检，若不能通过检查和年检，一切后果由供应商承担并返还已支付的维保费用，采购人可立即终止所签订的合同并要求供应商进行相应赔偿。

（三）供应商需具备履行本项目合同所必需的设备和专业技术能力。

（四）供应商及工作人员在项目实施过程中的疏忽、失职、过错等故意或者过失原因给采购人造成损失或侵害，包括但不限于采购人本身或第三方的财产损失、人身安全、意外伤害等由此而导致的采购人对任何第三方的法律责任、经济责任等，供应商对此均应承担全部的赔偿责任,采购人若对外承担责任可向供应商追偿。

（五）供应商负责项目实施现场安全并承担项目实施期间一切安全责任。

（六）供应商须充分考虑本项目的特殊性和不可预见因素在内的所有为完成本项目所需的费用。供应商根据自身情况自行组织现场踏勘，费用自理。供应商不得因踏勘现场而使采购人承担有关的责任和蒙受损失。供应商应承担踏勘现场的责任和风险。供应商应通过对现场及周围环境调查，充分了解项目位置、情况、本项目实际情况等与本次服务项目可能发生的一切费用等有关的全部情况，任何因忽视或误解项目情况而产生的后果自负。

**三、其他要求**

（一）供应商未按照采购人要求以及本项目所约定的响应时间进行电梯维护和处理电梯困人事件等，采购人有权紧急聘请其他第三方电梯维保公司进行紧急维护，其所产生的费用将从服务费中直接扣出，未按时到场处理次数达到三次及以上的，采购人有权单方面解除合同，并追究供应商相关经济、法律责任。

（二）供应商工作人员在工作中不遵守相关法律法规和规章制度导致被相关执法部门发现后所产生的不良后果由供应商全权承担，并承担采购人的相关损失。

（三）供应商需严格按照安全生产相关文件规定进行项目实施工作，在本项目合同签订后，供应商需根据采购人要求与采购人签订《剑阁县第一人民医院2024年安全生产协议书》（见第六章附件1）。

**四、考核办法**

（一）剑阁县第一人民医院电梯维保服务考核表：

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **剑阁县第一人民医院电梯维保服务考核表** | | | |
| 时间： 年 月 日 | | | |
| 考核项目 | 考核内容 | 考核标准 | 考核  分值 |
| 服务质量  80分 | 特种设备作业人员必须具备相应的《特种设备作业人员证》 | 不合格减20分 | 20分 |
| 乙方维保人员在维保期内必须根据工作岗位职责进行维保工作，遵守甲方的规章制度，服从甲方的工作考核，达到甲方要求的维保标准。若甲方发现乙方未按采购文件相关规定要求进行维保服务导致甲方因电梯维保不达标等原因受到相关检查部门处罚，甲方有权要求乙方进行赔偿并单方面解除合约。 | 每有一人不合格减5分，减完20分为止。 | 20分 |
| 乙方现场维保人员安全问题由乙方全权负责，因乙方维保原因导致电梯以及相关使用人员出现安全问题，由乙方全权负责并进行相关赔偿。 | 每有一项不合格减5分，减完10分为止。 | 10分 |
| 乙方设立24小时维保值班电话，保证接到故障通知后及时予以排除。接到甲方通知后30分钟内到达甲方指定地点处理相关技术问题。 | 每有一项不合格减5分，减完10分为止。 | 10分 |
| 服务及时，及时解决出现的问题 | 出现一次延误减5分，规定时间内未解决扣10 分。 | 10分 |
| 疫情防控工作及时完成 | 每有一项减5分，减完10分为止。 | 10分 |
| 资料质量  20分 | 巡检记录完整 | 每有一项不合格减5分，减完10分为止。 | 10分 |
| 年检资料及时完成 | 每有一项不合格减5分，减完10分为止。 | 10分 |
| 备注：考核合格分>90分 | | | |

（二）依据《剑阁县第一人民医院电梯服务考核表》结合每月考核分值进行考核扣款，细则如下：

1、当月考核分值90分以上全额支付当月服务费用；

2、当月考核分值89至85，考核扣分一分扣100元（壹佰元）。

3、当月考核分值84至80分，考核扣分一分扣200元（贰佰元）。

4、当月考核分值低于80分，扣除当月服务总费用20%，要求服务商立即整改，并根据整改效果由采购人确定是否更换新服务商。

（三）电梯维护验收表（见第六章附件2）

**五、商务要求**

（一）服务期限及服务地点

1、服务期限：1年。（采购人根据服务考核情况，可按照《财政部关于推进和完善服务项目政府采购有关问题的通知》（财库[2014]37号）规定实行合同一年一签，总服务期不超过三年。）

2、服务地点：剑阁县第一人民医院。

（二）付款方式

1、按月支付，供应商根据采购人要求完成当月服务内容后，由采购人在第二个月支付上月服务费用。

2、供应商每月提出付款申请时一并附上服务期间旬、月的现场记录、月考核验收记录表、更换配件时间和配件名称以及三方（使用科室、维保单位及后勤保障科）确认验收签字的资料。

3、供应商须向采购人出具合法有效完整的完税发票及凭证资料进行支付结算。

（三）验收标准

1、验收时间：供应商提出验收申请之日起 30 个工作日内组织验收。

2、供应商与采购人严格按照《财政部关于进一步加强政府采购需求和履约验收管理的指导意见》（财库〔2016〕205号）的要求进行验收。

3、本项目在验收合格签订结论为“验收合格”的验收报告前，一切风险由供应商承担，采购人不承担任何责任。

**六、报价及文件制作要求**

1、报价含所有项目实施费用，包含人工费、管理费、税金、更换配件（服务期内不限次数更换单价在500元(含本数)以内的配件包含在总价内）、保险等所有可预计和不可预计费用在内。

2、谈判文件制作要求：

2.1谈判文件需胶封装订成册用文件袋密封，并在密封处加盖报价公司鲜章。

2.2谈判文件份数：正本 1份；副本2份。

2.3谈判文件封面的标注：谈判文件正本和副本的封面上均应标明：项目名称、项目编号、包号、响应供应商名称、联系人、联系方式、年月日；并分别在右上角标明“正本”和“副本”字样。

2.4谈判文件外层密封袋的标注：项目名称、招标编号、包号、响应供应商名称、年月日。

2.5响应供应商必须按照谈判文件的规定和要求签字、盖章（法人代表的签字可用具有法定效力的签字章）。

3、低于成本价不正当竞争预防措施：

（1）在谈判过程中，供应商报价低于采购预算的50%或者低于其他有效供应商报价算术平均价的40%，有可能影响服务质量或者不能诚信履约的，谈判小组应当要求其在谈判现场合理的时间内提供书面说明，并提交相关证明材料，供应商不能证明其报价合理性的，谈判小组应当将其作为无效处理。（供应商的书面说明材料应当按照国家财务会计制度的规定要求，逐项就供应商提供的服务的主营业务成本、税金及附加、销售费用、管理费用、财务费用等成本构成事项详细陈述）。

（2）供应商书面说明应当签字确认或者加盖公章，否则无效。书面说明的签字确认，由其法定代表人/主要负责人/本人或者其授权代表签字确认。

（3）供应商提供书面说明后，谈判小组应当结合采购项目采购需求、专业实际情况、供应商财务状况报告、与其他供应商比较情况等就供应商书面说明进行审查评价。供应商拒绝或者变相拒绝提供有效书面说明或者书面说明不能证明其报价合理性的或未在规定时间内递交有效书面说明书的，谈判小组应当将其响应文件作为无效处理。）

**注意：本项目服务内容及要求、商务要求和其他要求均为实质性条款，供应商均需完全响应，不允许有负偏离，否则作无效投标处理。**

**第三章 谈判程序、谈判内容和成交标准**

**一、资格审查**

1、响应供应商递交响应文件截止时间结束后，采购人依据相关管理规定成立并组织谈判小组对递交响应文件的响应供应商进行资格审查，确定邀请参加谈判的响应供应商名单。

2、通过资格审查的响应供应商不足三家的，本次竞争性谈判采购活动终止。

**二、 谈 判**

1、响应供应商资格审查结束后，采购人组织谈判小组按照谈判文件的规定与通过资格审查的响应供应商分别进行谈判。本次采购项目设1轮谈判。

2、谈判过程中，谈判小组获得采购单位负责人同意后，可以根据谈判情况变更谈判文件内容，但资格条件不得变更，并将变更的内容书面通知所有参加报价的供应商，并做好书面记录。

3、谈判达到响应供应商响应文件符合采购需求、质量和服务相等的前提下，谈判小组应要求供应商进行最后报价。

4、响应供应商进行最后报价，填写二次报价单，递交谈判小组。

**三、确定成交供应商**

1、本项目由谈判小组直接确定成交供应商。

2、由谈判小组按照公平、公正、择优的原则，采用最低评标价法进行评定。

3、谈判小组根据“符合采购需求，质量和服务相等且报价最低的原则”，现场依法确定成交供应商（以提出最低第二次报价的响应供应商作为成交供应商），报价相同的,采取抽签方式决定排名，并确定排名第一的响应供应商为第一成交候选供应商；当排名第一的响应供应商不能履约时：本次谈判无效，采购人可重新组织谈判；采购人也可以选择由排名第二的候选响应供应商作为成交供应商，以此类推，如排名前三名的响应供应商均不能履约时，本次谈判无效，重新组织谈判。

**第四章 供应商应当提供的资格、资质性及其他类似效力要求的相关证明材料**

1、营业执照、税务登记证及组织机构代码证或“三证合一”的营业执照。(复印件盖鲜章)

2、法定代表人授权书原件（格式见第五章报价文件格式二），并附法定代表人及授权代表身份证复印件盖鲜章。（若法定代表人本人参加，则提供法定代表人身份证明原件及身份证复印件，格式自拟）

3、《中华人民共和国特种设备安装改造维修许可证》。(复印件盖鲜章)

4、其他相关材料。（格式见第五章“供应商响应文件相关文书格式”）

5、采购文件要求需要提供的其他相关材料。（格式自拟）

6、供应商认为需要提供的其他相关材料。（格式自拟）

注:

1、以上要求响应供应商提供的资格证明文件复印件的必须加盖响应供应商印章（鲜章）。

2、若提供资料不实，则取消其成交资格。

**第五章 供应商响应文件相关文书格式**

一、本章所制响应文件格式（不包括签字盖章），除格式中明确将该格式作为实质性要求的，不具有强制性。

二、本章所制响应文件格式有关表格中的备注栏，由供应商根据自身响应情况作解释性说明，不作为必填项。

三、本章所制响应文件格式中需要填写的相关内容事项，可能会与本采购项目无关，在不改变响应文件原意、不影响本项目采购需求的情况下，供应商可以不予填写，但应当注明。

**一、法定代表人授权书**

剑阁县第一人民医院：

本授权声明： （响应供应商名称） （法定代表人姓名、职务）授权 （被授权人姓名、职务）为我方“剑阁县第一人民医院电梯维保服务采购项目”（项目编号:JGXDYRMYYHQBZK-2024-01）谈判采购活动的合法代表，以我方名义全权处理该项目有关谈判、签订合同以及执行合同等一切事宜。

特此声明。

注：应附法定代表人/单位负责人身份证明材料复印件和授权代表身份证明材料复印件。

供应商名称（盖章）：

法定代表人签字或盖章：

授权代表签字：

日 期：

**二、报 价 函**

剑阁县第一人民医院：

我方全面研究了“剑阁县第一人民医院电梯维保服务采购项目”项目谈判文件（项目编号JGXDYRMYYHQBZK-2024-01），决定参加贵单位组织的本项目谈判采购。我方授权 （姓名、职务）代表我方 （参加谈判单位的名称）全权处理本项目谈判采购的有关事宜。

1、我方自愿按照采购文件规定的各项要求向采购人提供所需服务，总报价为人民币 元（大写： ）。

2、一旦我方成交，我方将严格履行合同规定的责任和义务，保证按质按量完成项目服务工作。

3、我方为本项目提交的响应文件正本1份，副本2份。

4、我方愿意提供贵院可能另外要求的，与本次谈判采购有关的文件资料，并保证我方已提供和将要提供的文件资料是真实、准确的。

供应商名称（盖章）：

法定代表人或授权代表（签字或加盖个人名章）：

日 期：

**三、承诺函**

剑阁县第一人民医院：

我单位作为本次采购项目的供应商，根据谈判文件要求，现郑重承诺如下：

一、具备《中华人民共和国政府采购法》第二十二条第一款和本项目规定的条件：

（一）具有独立承担民事责任的能力；

（二）具有良好的商业信誉和健全的财务会计制度；

（三）具有履行合同所必需的设备和专业技术能力；

（四）有依法缴纳税收和社会保障资金的良好记录；

（五）参加政府采购活动前三年内，在经营活动中没有重大违法记录；

（六）法律、行政法规规定的其他条件；

（七）根据采购项目提出的特殊条件。

二、截至响应文件递交截止日未被列入失信被执行人、重大税收违法案件当事人名单、政府采购严重违法失信行为记录名单。

本单位对上述承诺的内容事项真实性负责。如经查实上述承诺的内容事项存在虚假，我单位愿意接受以提供虚假材料谋取成交追究法律责任。

供应商名称（盖章）：

法定代表人或授权代表（签字或加盖个人名章）：

日 期：

**四、响应供应商诚信情况承诺函**

致剑阁县第一人民医院：

本单位XXXX（供应商名称）参加剑阁县第一人民医院电梯维保服务采购项目（项目编号：JGXDYRMYYHQBZK-2024-01）的采购活动，现根据《四川省政府采购当事人诚信管理办法》（川财采[2015]33号）的相关规定，针对本单位的诚信情况作出以下承诺：

我单位具有《四川省政府采购当事人诚信管理办法》（川财采[2015]33号）所规定的失信行为XXXX次（填写失信行为的次数时，建议使用大写数字，如零、壹、贰、叁、肆等。）；（仅限递交响应文件截止当日仍在有效期的次数）

我单位对以上填写信息的真实性负责。如有不实，本单位愿承担由此产生的一切法律责任和后果。

供应商名称（盖章）：

法定代表人或授权代表（签字或加盖个人名章）：

日 期：

**五、服务内容及要求应答表**

项目名称: 剑阁县第一人民医院电梯维保服务采购项目

项目编号：JGXDYRMYYHQBZK-2024-01

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 序号 | 谈判文件要求 | 响应应答 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

注：

供应商根据谈判文件第二章中的服务内容及要求据实填写，不得虚假应答，否则将取消其谈判或成交资格。

供应商名称（盖章）：

法定代表人或授权代表（签字或加盖个人名章）：

日 期：

**六、商务要求、其他要求应答表**

项目名称: 剑阁县第一人民医院电梯维保服务采购项目

项目编号：JGXDYRMYYHQBZK-2024-01

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 序号 | 谈判文件要求 | 响应应答 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

注：

供应商根据谈判文件第二章中的商务要求、其他要求内容据实填写，不得虚假应答，否则将取消其谈判或成交资格。

供应商名称（盖章）：

法定代表人或授权代表（签字或加盖个人名章）：

日 期：

**七、响应供应商基本情况表**

项目名称: 剑阁县第一人民医院电梯维保服务采购项目

项目编号：JGXDYRMYYHQBZK-2024-01

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 供应商名称 |  | | | | | | | | |
| 注册地址 |  | | | | | 邮政编码 |  | | |
| 联系方式 | 联系人 | |  | | 电话 | |  | | |
| 传真 | |  | | 网址 | |  | | |
| 组织结构 |  | | | | | | | | |
| 法定代表人 | 姓名 |  | | 技术职称 |  | | 电话 | |  |
| 技术负责人 | 姓名 |  | | 技术职称 |  | | 电话 | |  |
| 成立时间 |  | | | 员工总人数： | | | | | |
| 企业资质等级 |  | | | 其中 | 项目经理 | | |  | |
| 营业执照号 |  | | | 高级职称人员 | | |  | |
| 注册资金 |  | | | 中级职称人员 | | |  | |
| 开户银行 |  | | | 初级职称人员 | | |  | |
| 账号 |  | | | 技工 | | |  | |
| 经营范围 |  | | | | | | | | |
| 备注 |  | | | | | | | | |

供应商名称（盖章）：

法定代表人或授权代表（签字或加盖个人名章）：

日 期：

**八、本项目管理机构组成表**

项目名称: 剑阁县第一人民医院电梯维保服务采购项目

项目编号：JGXDYRMYYHQBZK-2024-01

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **职务** | **姓名** | **执业或职业资格** | | **职称** | |
| **证书名称** | **证书编号** | **职称专业** | **级别** |
| 1 | 项目负责人 |  |  |  |  |  |
| 2 | 项目技术  负责人 |  |  |  |  |  |
| 3 | 实施人员 |  |  |  |  |  |
| 4 | … |  |  |  |  |  |
| 5 | 售后人员 |  |  |  |  |  |
| … | … |  |  |  |  |  |

供应商名称（盖章）：

法定代表人或授权代表（签字或加盖个人名章）：

日 期：

**九、响应供应商类似项目业绩一览表**

项目名称：剑阁县第一人民医院电梯维保服务采购项目

项目编号：JGXDYRMYYHQBZK-2024-01

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **项目业主** | **项目名称** | **实施开始日期** | **验收日期** | **合同金额（元）** | **备注** |
| 1 |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |
| … |  |  |  |  |  |  |

供应商名称（盖章）：

法定代表人或授权代表（签字或加盖个人名章）：

日 期：

**十、二次报价表**

**第二次报价表**

|  |  |
| --- | --- |
| 项目名称 |  |
| 公司名称 |  |
| 报价合计金额 | 元  （大写： ） |

日期： 年 月 日

注：供应商自行下载准备，在谈判环节结束后进行二次报价。

**十一、其他相关材料**

**（格式自拟）**

**第六章 附件**

**附件1：**

**剑阁县第一人民医院2024年安全生产协议书**

为了进一步加强安全生产工作，确保电梯设备安全使用，防止和减少事故发生，保证乘客生命和财产安全，依据《中华人民共和国安全生产法》、《四川省安全生产条例》、《特种设备安全法》、《特种设备安全监察条例》和电梯有关的法律、法规及文件精神，结合医院实际，经甲乙双方协商，特签订此安全协议书，请遵照执行：

1.严格按照相关法律法规和电梯有关安全技术规范、标准规定，安全、顺利开展电梯维保服务活动，提高安全意识，树立大安全观念，做到守法经营、诚实可信、注重质量、服务周到。

2.主动自觉接受特种设备安全监督管理部门和医院管理部门监督的安全检查，对电梯出现的隐患及时消除，并建立隐患整改台账，实行安全生产闭环管理，确保所维保的电梯处于良好的安全状态。

3.参与电梯维保的人员必须持合格有效的证件才能上岗，加强电梯作业人员的安全意识和业务能力教育培训。

4.落实《特种设备安全监察法》和安全技术规范要求，对维保的电梯至少每15日进行一次清洁、润滑、调整和检查，并如实记录。对电梯进行日常维护保养，发现异常情况及时处理解决，及时消除事故隐患，发现严重隐患，及时向医院管理部门报告，主动协助医院及时办理电梯的定期检验手续，按安全技术规范要求做好自检，并对其安全性能负责。

5.保证所维保的电梯在检验周期内，有《电梯使用标志》及《电梯安全须知》，安全应急装置可靠有效，并提供24h响应电梯应急服务。接到电梯关人故障通知后，10分钟内应赶到现场，并采取有效的应急救援措施，协助运行部门物业公司做好安抚工作，防止事态扩大。在保护好现场的同时报告上级主管部门，不得瞒报、谎报或者拖延不报。配合有关部门查清原因，积极落实整改措施。

6.对医院维保电梯安全性能负责，按照安全技术规范开展维护保养工作，不得在电梯控制系统中设置技术障碍。

7.储备和提供优质的电梯备品备件，及时响应医院对电梯备品备件的需求，确保维保电梯正常使用。

8.每年必须开展一次发生电梯故障的应急演练，将演练流程、演练方案、演练不足和整改的总结报医院管理部门。

9.服从医院对疫情各项制度，掌握防控措施，落实防控管理要求，出入医院务必带好口罩，完成核酸检测规定频次，按照规定时间及时上报相关信息。

10.如出现因疫情防控不到位在疫情防控督查中，医院遭受批评，视情节严重程度给以一定数量金额处罚。如导致院感发生，自行承担法律责任。

医院（签章）： 电梯维保公司（签章）：

医院委托人签字： 电梯维保公司负责人签字：

2024年 月 日 2024年 月 日

**附件2：**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **剑阁县第一人民医院电梯维保服务项目** | | | | | | | | | |
| 日期 | 科室 | 内容 | 数量 | 单位 | 金额 | 签字 | | | 备注 |
| 维保单位 | 使用科室 | 后勤保障科 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 合计 |  | | | | | | | | |
| 后勤保障科负责人签字: | | | | | | | | | |