
合同编号：

河源市人民医院刀片等一批小 件器械项目

合 同 书

采购咨询编号：CGZX-2025-26-SBK

项目名称：河源市人民医院刀片等一批小件器械项目

或行业标准；②符合采购咨询公告文件和响应承诺中甲方认可的合理最佳配置、参数及各项要求；③货物来源国官方标准。

3. 货物为原厂商未启封全新包装，具出厂合格证，序列号、包装箱号与出厂批号一致，并可追溯查阅。

4. 乙方应将关键主机器械的用户手册、保修手册、有关单证资料及配备件、随机工具等交付给甲方，使用操作及安全须知等重要资料应附有中文说明。

四、交货期、交货方式及交货地点

1. 器械交货期：自合同签订之日起 30 天内完成所供货物的安装、调试、验收等工作，并交付甲方验收使用。

2. 交货方式： 送货上门

3. 交货地点： 甲方指定地点。

五、付款方式：乙方凭以下有效文件与甲方结算：（一）合同；（二）乙方开具的正式发票和货单；（三）其他相关凭证。器械到货安装且验收合格后 30 个工作日内，依据乙方提供的有效文件付清合同款。

六、质保期及售后服务要求

1. 本合同的质量保证期（简称“质保期”）为_____年，质保期内，乙方对所供货物实行包修、包维护保养。

2. 质保期内，如器械或零部件因非人为因素出现故障而造成短期停用时，则质保期和维修期相应顺延。如停用时间累计超过 60 天则质保期重新计算。

3. 对甲方的服务通知，乙方在接报后0.5小时内响应，12小时内到达现场，24小时内处理完毕。若在24小时内仍未能有效解决，乙方须提供同档次的器械予甲方临时使用。

七、安装与调试：乙方必须依照采购咨询公告文件的要求和响应文件的承诺，将器械、系统安装并调试至正常运行的最佳状态。

八、验收：

1. 货物若有国家标准按照国家标准验收，若无国家标准按行业标准验收，为原制造商制造的全新产品，整机无污染，无侵权行为、表面无划损、无任何缺陷隐患，在中国境内可依常规安全合法使用。

2. 货物为原厂商未启封全新包装，具出厂合格证，序列号、包装箱号与出厂批号一致，并可追溯查阅。所有随器械的附件必须齐全。

3. 乙方应将关键主机器械的用户手册、保修手册、有关单证资料及配备件、随机工具等交付给甲方，使用操作及安全须知等重要资料应附有中文说明。

4. 甲方按国家有关规定、规范进行验收，必要时邀请相关的专业人员或机构参与验收。因货物质量问题发生争议时，由本地质量技术监督部门鉴定。货物符合质量技术标准的，鉴定费由甲方承担；否则鉴定费由乙方承担。

九、违约责任与赔偿损失

1. 乙方交付的货物/提供的服务不符合采购咨询公告文件、响应文件或本合同规定的，甲方有权拒收，并且乙方须向甲方支付本合同总价 5%的违约金。

2. 乙方未能按本合同规定的交货时间交付货物/提供服务，从逾期之日起每日按本合同总价 3%的数额向甲方支付违约金；逾期超过七日乙方免收该批货物价款，逾期半个月以上的，甲方有权终止合同，由此造成的甲方经济损失由乙方承担。

3. 甲方无正当理由拒收货物/接受服务，甲方向乙方偿付该批次货物金额的 5%的违约金。甲方逾期付款，则每日按欠付货款金额的 3%向乙方偿付违约金，违约金以欠付货款的 5%为限。

4. 除甲方事先书面同意外，乙方不得部分或全部转让其应履行的合同项下的义务，否则，甲方有权单方解除本合同，乙方应向甲方支付合同总价 30%的违约金以及赔偿甲方的一切经济损失。

5. 违约方应当承担守约方为维护自身权益所支出的一切费用，包括但不限于鉴定费、保全费、律师费等。

6. 其它违约责任按《中华人民共和国民法典》处理。

十、争议的解决

合同执行过程中发生的任何争议，如双方不能通过友好协商解决，任何一方有权向甲方所在地有管辖权的人民法院提起诉讼。

十一、不可抗力：任何一方由于不可抗力原因不能履行合同时，应在不可抗力事件结束后 1 日内向对方通报，以减轻可能给对方造成的损失，在取得有关机构的不可抗力证明或双方谅解确认后，允许延期履行或修订合同，并根据情况可部分或全部免于承担违约责任。

十二、税费：在中国境内、外发生的与本合同执行有关的一切税费均由乙方负担。

十三、其它

1. 本合同所有附件、采购咨询公告文件、响应文件、成交通知书均为合同的有效组成部分，与本合同具有同等法律效力。

2. 在执行本合同的过程中，所有经双方签署确认的文件（包括会议纪要、补充协议、往来信函）即成为本合同的有效组成部分。

3. 如一方地址、电话、传真号码有变更，应在变更当日内书面通知对方，否则，应承担相应责任。

4. 除甲方事先书面同意外，乙方不得部分或全部转让其应履行的合同项下的义务。

十四、合同生效：

1. 本合同在甲乙双方代表或其授权代表签字盖章后生效。

2. 合同一式四份，甲方执三份，乙方执一份，均具有同等法律效力。

甲方（盖章）：河源市人民医院

乙方（盖章）：

法定代表人：

法定代表人：

或其授权代表：

或其授权代表：

签定地点：河源市人民医院

签定日期： 年 月 日

签定日期： 年 月 日

开户名称：

银行帐号：

开 户 行：