**附件1**

|  |
| --- |
| **第一包：3台乘客电梯和1台杂物电梯维保报价单** |
|  | **编 号** | **设备名称** | **品牌** | **安装地点** | **层数** | **安装** | **速度** | **载重** | **报价/年** |
| **1** | **8** | **医用电梯** | **爱默生电梯** | **门诊楼** | **6F6Z** | **2014/3月** | **1.75** | **1600** |  |
| **2** | **9** | **医用电梯** | **爱默生电梯** | **门诊楼** | **6F6Z** | **2014/3月** | **1.75** | **1600** |  |
| **3** | **10** | **医用电梯** | **爱默生电梯** | **门诊楼** | **7F7Z** | **2014/3月** | **1.75** | **1600** |  |
| **4** | **12** | **杂物电梯** | **华翔电梯** | **食堂** | **2F2Z** | **2015/6月** | **0.4** | **200** |  |
| **报价总费用; 元。大写人民币 元** |  |

**单位盖章**

**时 间**

**附件2**

|  |
| --- |
| **第二包：2台乘客电梯维保报价单** |
|  | **编 号** | **设备名称** | **品牌** | **安装地点** | **层数** | **安装** | **速度** | **载重** | **报价/年** |
| **1** | **15** | **医用电梯** | **通力电梯** | **住院楼** | **15F15Z** | **2021/5月** | **1.75** | **1600** |  |
| **2** | **16** | **医用电梯** | **通力电梯** | **住院楼** | **15F15Z** | **2021/5月** | **1.75** | **1600** |  |
| **报价总费用; 元。大写人民币 元** |  |

**单位盖章**

**时 间**

**附件3**

|  |
| --- |
| **第三包：1台医用电梯和1台乘客电梯维保报价单** |
|  | **编 号** | **设备名称** | **品牌** | **安装地点** | **层数** | **安装** | **速度** | **载重** | **报价/年** |
| **1** | **11** | **医用电梯** | **苏州富士精工电梯** | **感染楼** | **5F5Z** | **2018/5月** | **1.75** | **1600** |  |
| **2** | **14** | **乘客电梯** | **苏州富士精工电梯** | **制剂楼** | **6F6Z** | **2018/5月** | **1.5** | **1600** |  |
| **报价总费用; 元。大写人民币 元** |  |

**单位盖章**

**时 间**

**附件4**

**丽水市中医院电梯维修配件报价清单**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **配件名称** | **价格** | **备注** |
| **光幕** |  |  |
| **内外招楼层按钮** |  |  |
| **门挂轮** |  |  |
| **继电器** |  |  |
| **主电源接触器** |  |  |
| **风扇** |  |  |
| **限速器张紧轮** |  |  |
| **平层感应器** |  |  |
| **限位开关极限开关** |  |  |
| **层门锁** |  |  |
| **钢丝绳** |  |  |
| **主机油** |  |  |
|  |  |  |

 **单位盖章**

 **时 间**

**附件5**

**维保采用原厂家零配件的承诺书**

**丽水市中医院：**

**我公司为丽水市中医院提供电梯配件保证为原厂配件,若有质量问题的应予退货或更换。对医院日常工作造成不良影响由我公司负责。特此承诺。**

**公司盖章**

**2024年 月 日**

**维保单位联系人及电话:**

**附件6**

**维保响应时间承诺书**

**丽水市中医院**

**我公司为丽水市中医院提供电梯维保服务承诺提供24小时应急救援服务。当电梯发生困人故障，我公司20分钟以内到达实施紧急救援。因延误抢修而造成的后果概由我公司承担。**

**特此承诺。**

**公司盖章**

**2024年 月 日**

**维保单位联系人及电话:**