**重庆市第九人民医院医疗设备维修服务验收单**

重庆市第九人民医院 ：

为确保重庆市第九人民医院医疗设备维修的质量，请各科室对维修方提供的服务进行认真验收**。**验收无误后，维修方按要求填写验收单并签字盖上公章交设备科贰份，以此作为评定维修方服务情况和付款的依据。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 维修项目名称 | | 规格型号 | | 金额（元） | 机身号（SN） |
|  | |  | |  |  |
|  | |  | |  |  |
|  | |  | |  |  |
| 合 计： 元整 | | | | | |
| 从以下方面验收的情况：  1、维修方解决故障情况：□非常及时； □一般； □不及时；  2、提供备件是否全新配件：□是； □否；  3、维修方响应时间：□快 □慢；  4、维修方响应后到达现场时间：□非常及时； □一般； □不及时；  （4小时内为非常及时；8小时内为一般；大于8小时为不及时）  5、维修方上门服务情况： □好； □一般； □差；  6、产品能否正常使用：□能 □否； | | | | | |
| 使用科室人员 |  | | | | |
| 设备科人员 |  | | | | |
| 供应商（盖章）：  经办人：  电 话： 时间： 年 月 日 | | | 收货单位（盖章）：  设备科负责人：  时间： 年 月 日 | | |