**重庆市第九人民医院医疗设备服务验收单**

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服务质量，请各科室对服务方提供的服务进行认真验收，验收无误后，服务方按要求填写验收单并签字盖上公章交设备科贰份，以此作为评定服务方服务情况和付款的依据。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 服务项目名称 | 规格型号 | 数量 | 服务总金额（元） | 服务期限 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 合 计： 元整 | | | | |
| 从以下方面验收的情况：  1、服务方解决故障情况：□非常及时； □一般； □不及时；□未解决；  2、提供备件是否全新配件：□是； □否；  3、服务方响应时间：□快； □一般； □慢；  4、服务方响应后到达现场时间：□非常及时； □一般； □不及时；  （2小时内为非常及时；4小时内为一般；大于4小时为不及时）  5、服务方上门服务情况： □好； □一般； □差；  6、问题解决后设备能否正常使用：□能 □否； | | | | |
| 根据以上服务内容验收的情况，总体评价： | | | | |
| □合格； □不合格； | | | 使用科室人员: | |
| □合格； □不合格； | | | 设备科人员: | |
| 服务方（盖章）：  经办人：  电 话：  时间： 2022年 月 日 | | | 收货单位（盖章）：  设备科负责人：  时间：2022年 月 日 | |