东芝 CT（AQUILION/ONE）维保服务合同

合同编号:

甲方：	**常州市第一人民医院**		
	法定代表人：周军		
	联系人：医学工程科	**电话：**0519-68870000（医院） 0519-68870822（医学工程科）	传真：0519-86606207
	地址：江苏省常州市局前街 185 号		
乙方：	**凯思轩达医疗科技无锡有限公司**		
	法定代表人：王会		
	联系人：季建勇	电话：18006185302	传真：0510-85528688
	地址：江苏省无锡新吴区天安智慧城 6		
	维保服务：金保（整机保修/全保）		

一：维保标的

设备名称	机器编码	设备机型	维保服务起止时间	维保类型	维保价格	临床科室
Toshiba-CT （1 台东芝 CT）	2EB10Z2263	Aquilion/One （320 排 CT）	从合同生效开始计算 （共 1 年）	金保 （整机保修/ 全保）	90 万元/年	医学 影像科
合计 （含税价）	**总计人民币 玖拾万元整 （ 小写：¥900000.00 ）**					
核心服务 内容备注	1、公司性质：**第三方维保公司**； 2、1 年 4 次巡检（定期校准和保养）； 3、乙方承诺报修 72 小时内（3 天）维修完成，若有延误，按 2 万元/天赔偿甲方； 4、整机保修（包含球管、探测器、随机配置的工作站维修及更换服务等；不包含其他第三方设备）； 5、乙方承诺所更换的零部件为 **原厂配件** 等。					

二：支付方式

合同签订后，甲方按合同约定支付乙方维保合同款，付款前乙方向甲方提供增值税发票，甲方按医院签票流程走付款程序，具体到账时间以甲方付款流程为准。

支付时间：甲方应于合同生效后 4 个月内支付：90 万元整。

三：乙方账号信息

（乙方）收款信息	乙方收款信息如下，如有变更应当提前 3 日书面告知甲方，否则乙方自行承担不利后果： **开户行：**招商银行无锡分行新区支行 **账号：**510904950310106 **税号：**91320213MA1MB1GW58

四、合同生效：

1、本合同应经双方法定代表人或授权代表签字、双方盖章（包括骑缝章）后开始生效。

2、本合同由基本条款与双方另行签订的补充条款（如有）组成，具有同等法律效力。如有补充条款的内容与基本条款的内容不符，以补充条款为准。

五、本合同一式陆份，甲方执肆份，乙方执壹份，代理机构执壹份，每份具有同等法律效力。

甲方（签章）：常州市第一人民医院

法定代表人：

授权代表：

日期：

乙方（签章）：凯思轩达医疗科技无锡有限公司

法定代表人：

授权代表：

日期：2026.08.12

（乙方授权代表联系方式：13814633524 ）

见证方：

代理机构（章）：常州信达招标有限公司

经办人： **电话：**18015857777