

CT 保 修 合 同

合同编号: JH202624WB

甲方: 河南科技大学第一附属医院 电话: _____

地址: _____ 邮编: _____

乙方: 河南瑞多邦医疗器械有限公司 电话: _____

地址: 河南省郑州市二七区铭功路 83 号豫港大厦 11 层 1106 号 邮编: 450000

甲方正在使用东软医疗系统股份有限公司生产的出厂编号为 N126F210039 的 NeuViz Extra 型 X 射线计算机体层摄影装置（以下简称“CT”），现经甲乙双方协商一致，就甲方从乙方购买 CT 保修事宜，根据有关法律订立本合同，双方自愿遵守本合同的所有条款：

一、本合同内容：

设备型号	服务内容描述	合同期限	总价 (人民币)
<i>NeuViz Extra</i>	按本合同第 6 条约定	<i>叁年</i>	<i>1500000.00</i>
保修方式：整机按年度标准保修			

二、保修设备地点：河南科技大学第一附属医院 景华院区。

三、期限：

本合同期限为自 2026 年 4 月 01 日至 2029 年 3 月 31 日止。

四、保修价格：

本保修合同总价：人民币 壹 佰 伍 拾 万元整。

五、付款方式：

甲方每期验收合格后采用以下方式进行付款：

(3) 乙方银行帐户信息如下：

单位名称: 河南瑞多邦医疗器械有限公司

开户银行: 中国建设银行股份有限公司郑州金海支行

帐 号: 4105 0167 6508 0000 1836

(4) 甲方提供开具发票信息:

单位名称: 河南科技大学第一附属医院

单位地址: _____

开户银行: _____

帐 号: _____

电 话: _____

纳税人识别号: _____

(5) 接受数字电子发票短信电话号码: _____

六、保修范围(选择方式框涂黑,非选方式框划“×”):

- 1) 在合同有效期内,除非双方另有约定,乙方对甲方CT的保修范围为CT的扫描架、扫描床、探测器、操作台(含计算机系统)。乙方对本合同承保设备球管免费更换,保证甲方球管和球管的使用需求。
- 2) 以上所有保修方式均不含激光相机、洗片机等为CT配套的外围设备;在保修期内,因甲方人为、操作失误或为CT配套的外围设备的原因及不可抗力(自然灾害、战争、电网异常波动等)所造成的CT损坏不在乙方保修范围之内。

七、其它约定:

八、本合同一式四份,与附件《东软医疗系统股份有限公司保修合同标准条款》共同构成一份完整协议,双方各执两份,具有同等法律效力。

(以下无正文,仅为甲乙双方签章)

甲方(盖章): 河南科技大学第一附属医院
法定代表人或授权代表(签字):

乙方(盖章): 河南瑞多邦医疗器械有限公司
法定代表人或授权代表(签字):

联系人: .

联系人:

联系电话: 0379-69823633

联系电话:

时 间: 年 月 日

时 间: 年 月 日

保修合同标准条款

合同编号：_____

1. 期限：

本合同期限为自 2026 年 4 月 01 日至 2029 年 3 月 31 日止。

2. 乙方的责任

2.1 乙方保证甲方的所保设备处于优良运行状态，包括：

- 2.1.1 乙方将对甲、乙双方所签《保修合同》中所约定产品提供维修服务。
- 2.1.2 合同有效期内，乙方提供电话、网络技术指导服务，开放远程维护功能，提供远程设备监控及故障诊断服务。
- 2.1.3 提供设备的安全检查，运行状态检查，并提供当年的系统状态报告。

2.2 乙方的服务标准

- 2.2.1 乙方根据甲方电话通知判断若设备需要维修，乙方按本标准提及的时间到现场提供维修服务，直到所保设备恢复正常
- 2.2.2 服务受理时间：365 天, 7x24 小时
- 2.2.3 服务受理电话：4006908528, 8008908528
- 2.2.4 电话报修首次响应时间：≤1 小时
- 2.2.5 平均到达现场时间（从东软呼叫中心人员与用户确立需现场派员起）：
有维修站省会城市 ≤8 小时、其它地区 ≤48 小时
- 2.2.6 平均设备修复时间（仅针对《保修合同》中所约定的保修范围，到达时起计）：≤72 小时 修复
- 2.2.7 预防性保养：
肆 次/ 壹 年, 出具正式保养报告

2.3 乙方有权利决定需要更换备件的范围, 从设备上更换下来的备件归乙方所有

2.4 乙方不对本合同有效期外的任何第三方承担任何责任

2.5 乙方的承诺

在甲方正确使用 CT 的前提下，乙方保证保修期内开机率达：≥95%；保修周期非整年时开机率按比例折算（《保修合同》约定保修范围之外部件所造成的停机不在承诺开机天数之内，开机率的定义及计算方法见本合同第 4 条），若达不到此天数，乙方以不足天数的 五倍免费延长保修时间。

3. 甲方的责任与义务

- 3.1 甲方应按照乙方设备手册中有关的场地要求准备和保持仪器、系统的现场环境。
- 3.2 甲方应为乙方进行全面维修服务提供保养的方便。例如，向乙方提供有关故障的信息，在仪器现场适当的距离内，提供足够的工作空间和必要的设施。
- 3.3 在此合同有效期内，所有发生的设备故障，均须甲方拨打东软医疗公司售后服务电话报修，并由甲方向乙方提供服务响应支持。如有更换备件情况发生，则须经由东软医疗工程师确认后发货。

- 3.4 保修期内, 如甲方进行 CT 搬迁、机房维修或改建、电网改造等影响 CT 正常运行的行为时, 甲方必须通知乙方, 在双方达成协议后方可进行, 否则乙方有权终止本合同, 并不承担由此产生的任何后果; 若甲方擅自将 CT 的任何零部件更换为非原厂部件, 乙方有权终止本合同, 并不承担由此产生的任何后果; 若甲方将设备销售或转让给第三方用户则本保修合同自动终止; 无论以上事项是否发生, 甲方仍需按本合同规定付清全部保修费用。
- 3.5 若甲方不能按照本合同的约定支付保修费用, 每延期一日, 按逾期应付金额的 0.3% 支付违约金, 同时乙方有权停止保修服务并有权停止甲方使用该 CT 机, 直至甲方按本合同约定付清已到期的全部保修费用。延期付款超 30 日, 无论乙方是否停止服务, 乙方均有权要求甲方将剩余款项一次性付清; 延期付款超 90 日的, 乙方有权在本合同期限内书面通知甲方解除本合同。
- 3.6 本保修合同所涉总价为合同约定期限内的整体价格, 除双方另有书面约定, 自本合同生效之日起, 期间无论甲方是否继续需要乙方服务, 均须按合同付款要求按期支付全部到期款项。每延期一日, 按逾期应付金额的 0.3% 支付违约金。延期付款超 30 日, 无论乙方是否停止服务, 乙方均有权要求甲方将剩余款项一次性付清并有权停止使用该 CT 机。

4. 开机率的定义与计算方法:

- 4.1 “正常扫描时间”的定义: 每日 24 小时。
- 4.2 “停机时间”的定义: 由于设备故障所致 CT 系统不能正常扫描的“正常扫描时间”。所有预防性保养不计入停机时间。
- 4.3 对于甲方未及时通知乙方或由于保修合同约定的保修范围之外部件造成的停机; 或为 CT 配置的外围设备原因造成的停机; 或由于人为失误、破坏、自然灾害及运行环境不符合设备要求等非正常使用所造成的停机; 对于由于战争、自然灾害等造成的电讯或交通中断及乙方人员遇生命安全不能保证的特殊情况所造成的延误; 以上停机及延误乙方不负责任且不计入停机时间。
- 4.4 停机时间的计算: 除以上第 4.2 款、第 4.3 款所规定的停机外, 由于设备故障所造成的正常扫描时间内的停机以小时为单位进行累计, 每累计 24 小时计为一天。
- 4.5 停机时间记录的依据为服务报告。服务报告一式两份, 甲乙双方各执一份。

5. 一般条款

- 5.1 乙方在如下条件下保留向甲方按当时标准价格收取费用的权利:
 - 5.1.1 按甲方的要求更换部件。
 - 5.1.2 由于乙方授权之代表外的任何其它人员所提供的技术服务, 或由于附加其它不是由乙方所提供的备件及装置而引起的设备故障, 这时要求乙方提供维修服务。
 - 5.1.3 设备损坏是由于甲方的人为操作过失或疏忽所致, 而要求乙方提供维修服务。
 - 5.1.4 设备损坏是由于甲方的操作者未遵守设备操作指南而要求乙方提供维修服务。
 - 5.1.5 设备失效是由于非保修部件或供电、空调等外部因素引起。

5.2 本合同中乙方的承诺不能被解释为乙方保证所保设备不出现任何故障。乙方所承担的义务仅限于再次提供服务或者更换损坏零件。

5.3 甲方应保证除乙方授权之代表外, 任何其它人员均不能接触乙方的设备及提供技术服务。

5.4 未经乙方的事先书面同意, 甲方不得将本合同转让或售予给任何第三方。

6. 合同的生效与终止:

6.1 合同的生效: 除双方另有约定外, 本合同从双方代表签字、盖章之日起合同生效。

6.2 合同的终止:

a) 依照本合同约定, 乙方在保修期内开机天数符合合同要求;

b) 乙方按合同补足不足开机天数的五倍时间;

c) 出现了本标准条款的第3条第4款中的任何一种情况, 乙方有权单方面终止合同;

d) 本合同约定的其他情形满足时;

e) 一方不能继续履行本合同或违背合同, 并已按约定赔偿;

满足以上五条之一, 即视为合同的终止。

7. 争议解决方式:

本合同经双方协商签订。任何因本合同而发生的争议, 双方应尽量协商解决, 如协商不成, 双方选择合同履行地或诉方所在地人民法院依法裁决。

甲方(盖章): 河南科技大学第一附属医院
法定代表人或授权代表(签字):

联系人:

联系电话: 0379-69823633

时间: 年 月 日

乙方(盖章): 河南瑞和医疗设备有限公司
法定代表人或授权代表(签字):

联系人:

联系电话:

时间: 年 月 日