

编号:

## 检测委托协议书

委托日期: 2025 年 12 月 22 日

甲方: 佛山市南海区第四人民医院

乙方: 广州南方医疗设备综合检测有限责任公司

受检单位: 佛山市南海区第四人民医院

一、甲方委托乙方对受检单位进行检测技术服务(委托受检设备信息见表一),总费用合计:¥5700.00(大写:伍仟柒佰元整),由甲方于2026年01月30日前转入乙方以下帐户,乙方收到款后提交《检测报告》,获取报告方式(二选一): (推荐)电子报告(接收邮箱:\_\_\_\_\_), 纸质报告(一式一份、按甲方地址邮寄)。

乙方收款账户:

开户名: 广州南方医疗设备综合检测有限责任公司

开户行: 工行广州天平架支行

账号: 3602073019200680222

联行号: 102581000056

二、乙方根据以下信息为甲方提供增值税发票,甲方需向乙方提供以下开票信息。

a) 发票类型

 广东增值税电子普通发票(税率6%),税号\_\_\_\_\_ 广东增值税专用发票(税率6%),需要提供增值税专用发票开票资料。

b) 发票抬头: 发票抬头与公章一致

甲方(盖章): 佛山市南海区第四人民医院

乙方(盖章):

广州南方医疗设备综合检测  
有限责任公司

甲方签字:

乙方签字:

陈日光

甲方联系人: 陈工

乙方联系人:

陈日光

电话: 180 3869 6840

电话:

159 8918 8321

电子邮箱:

电子邮箱:

123325354@qq.com

甲方地址: 佛山市南海区西樵镇崇南村明德“北丫壟”

乙方地址:

广州市白云区沙太南路1023号南方医科大学科技园一楼、三楼

日期: 2025年12月23日

日期:

2025年12月23日

表一 委托受检设备信息表

序号	设备名称	型号	厂家	处所	数量 (台)	检测依据	检测项目
1.	移动式C形臂X射线机	Cios Select Diomond	上海西门子医疗器械有限公司	住院部2号楼五层手术室8	1	WS 76-2020 GBZ 130-2020	状态检测
2.	移动式数字化医用X射线摄影系统(移动DR)	uDR 380i	上海联影医疗科技有限公司	住院部2号楼一层影像科	1	WS 76-2020	状态检测
3.	医用血管造影X射线机(DSA)	Azurion 7 M20	飞利浦医疗系统荷兰有限公司	住院部2号楼1层医学影像科\介入室的DSA介入室	1	WS 76-2020 WS 818-2023 GBZ 130-2020	状态检测
4.	数字化摄影X射线(DR)机	Digital DiagnostC90 E	飞利浦医疗(苏州)有限公司	住院部2号楼1楼医学影像科1室	1	WS 76-2020 GBZ 130-2020	状态检测
检测方法		<input checked="" type="checkbox"/> 标准方法 <input type="checkbox"/> 非标准方法 <input type="checkbox"/> 客户制定的方法					
环境条件		<input checked="" type="checkbox"/> 符合标准规定的环境条件 <input type="checkbox"/> 特殊条件:(序号:       ) 温度       ℃ 湿度:       %RH 气压:       hPa					
运行条件		<input checked="" type="checkbox"/> 符合标准规定的正常运行条件,检测期间不能进行病患者的检查; <input type="checkbox"/> 特殊条件: 注:特殊条件由厂家技术工程师在场提供,一般适用于验收检测。					
相关资料		<input checked="" type="checkbox"/> 医疗器械产品技术要求、产品说明书 <input type="checkbox"/> 特殊条件:(序号:       )					
检测场所		<input checked="" type="checkbox"/> 相关区域在正常情况可到达,并方便设立必要的控制区域 <input type="checkbox"/> 特殊条件:(序号:       )					
辅助设备		<input checked="" type="checkbox"/> 提供生产厂家关于受检设备的相关配件 <input type="checkbox"/> 特殊条件:(序号:       )					
检测分包		若受检设备有部分项目需要分包,甲方是否同意进行分包(分包要求以附件形式约定): <input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否    ( )    (注:仅允许放射卫生检测之外的项目进行分包)					
检测结论		<input checked="" type="checkbox"/> 总体结论 <input type="checkbox"/> 单项结论 <input type="checkbox"/> 实测数据					
完成日期		<input checked="" type="checkbox"/> 现场检测:合同生效后 <u>15</u> 个工作日之内到达现场进行检测或经双方协商确定的时间; <input checked="" type="checkbox"/> 检测报告:检测完成之后 <u>20</u> 个工作日之内提供检测报告。					
双方规约		1、以上内容需在双方协商同意下由甲方填写,乙方协助完成。 2、若设备原因导致检测结果不符合,复检需另行收费。 3、甲方(或受检单位)受检设备信息以现场样品信息核对为准。 4、甲方(或受检单位)保证对所提供的一切资料、信息和实物的真实性负责; 5、受检单位需安排技术人员陪同现场检测,受检设备的状态应能满足检测的要求,检测条件按国家标准、行业常用条件或双方的约定进行,在检测过程中出现设备故障、损坏等情况,乙方不承担任何责任。 6、甲方(或受检单位)若有特殊要求,需以附件形式附上并得到双方同意确认签字。 7、本协议一式四份,甲方执三份、乙方执一份,自双方签字盖章之日起生效。 8、甲方检测产生的记录、报告保存期限为6年,从检测日期开始计算,法律法规或其他管理文件有不同规定的除外。 9、检测依据标准发生变更时,应执行国家现行有效的标准。 10、本协议其他需要说明的事宜请在本条之后进行补充。					

表二 受检设备检测费用列表

序号	设备名称	数量 (台)	验收检测		状态检测		分项小计 (人民币: 元)
			性能	防护	性能	防护	
1.	移动式 C 形臂 X 射线机	1	×	×	√	√	1400.00
2.	移动式数字化医用 X 射线摄影系统 (移动 DR)	1	×	×	√	×	1100.00
3.	医用血管造影 X 射线机 (DSA)	1	×	×	√	√	1800.00
4.	数字化摄影 X 射线 (DR) 机	1	×	×	√	√	1400.00
合计: (含税, 人民币)		¥5,700.00 (大写: 伍仟柒佰元整)					
注: 合计价格包含 6% 增值税		不含税金额 (人民币, 元)					5,377.36
		税额, 6% (人民币, 元)					322.64



