

郑州市第一按摩医院
医疗设备验收报告

使用科室:	功能检查科		设备档案及编号:		
设备名称	彩色多普勒超声系统	单位 (台/套)	套	单价 (元)	470000.00
规格型号	Consona M7	国 别	国产	数 量	1
合 同 号		存放地	彩超室	设备等级	
设备序列号	LRI-45001656	安装日期	2025.9.2	验收日期	2025.9.2
生产厂家、品牌	厂家全称及电话: 深圳迈瑞生物医疗电子股份有限公司 品牌名称: 迈瑞		供应商/代理商及联系	全称及座机: 迈瑞(河南)医疗产业发展有限公司 联系人及手机: 公司 15286813125	
随机资料	1. 合格证: ☒ 有 ☐ 无 2. 装箱单: ☒ 有 ☐ 无 3. 使用技术说明书: ☒ 有 ☐ 无 4. 维修卡等维修手册是否齐全 ☒ 有 ☐ 无 5. 光盘资料: ☐ 有 ☒ 无 6. 其他资料				
主要附属设备/配件	名 称	数量 (台/套/件)	规格型号、序列号		
	超声探头	3把	G6-1、L13-3、P4-2		
	工作站(电脑、打印机)	1套	联想		
验收内容	1. 开箱前是否保持原包装 ☒ 是 ☐ 否 2. 设备外观完好与否 ☒ 是 ☐ 否 3. 规格型号相符与否 ☒ 是 ☐ 否 4. 配件数量是否一致 ☒ 是 ☐ 否 5. 参数性能配置是否一致 ☒ 是 ☐ 否 6. 整机运行是否正常 ☒ 是 ☐ 否 7. 科室人员是否培训 ☒ 是 ☐ 否 8. 其他				
尚待解决的问题	☐ 有: ☒ 无				
验收结论	验收合格, 符合我院采购标准.				
使用科室代表签字:	其他验收代表签字:		供应商代表签字:		
于佳鑫	刘红 靳媛媛		于明书		

郑州市第一按摩医院
医疗设备验收报告

使用科室:	功能检查科		设备档案及编号:		
设备名称	超声密度仪	单位 (台/套)	套	单价 (元)	65000.00
规格型号	OSTEOKJ7000+	国 别	国产	数 量	1
合 同 号		存放地	心电图室	设备等级	二类
设备序列号	2508088	安装日期	2025.9.2	验收日期	2025.9.2
生产厂家、品牌	厂家全称及电话: 南京迪安医疗设备有限公司 品牌名称: 南京迪安		供应商/代理商及联系		全称及座机: 联系人及手机:
随机资料	1. 合格证: ☒ 有 ☐ 无 2. 装箱单: ☒ 有 ☐ 无 3. 使用技术说明书: ☒ 有 ☐ 无 4. 维修卡等维修手册是否齐全 ☒ 有 ☐ 无 5. 光盘资料: ☐ 有 ☒ 无 6. 其他资料: _____				
主要附属设备/配件	名 称	数量 (台/套/件)	规格型号、序列号		
	台车	1台			
	打印机	1台			
	电脑	1台			
验收内容	1. 开箱前是否保持原包装 ☒ 是 ☐ 否 2. 设备外观完好与否 ☒ 是 ☐ 否 3. 规格型号相符与否 ☒ 是 ☐ 否 4. 配件数量是否一致 ☒ 是 ☐ 否 5. 参数性能配置是否一致 ☒ 是 ☐ 否 6. 整机运行是否正常 ☒ 是 ☐ 否 7. 科室人员是否培训 ☒ 是 ☐ 否 8. 其他: _____				
尚待解决的问题	☐ 有: _____ ☒ 无				
验收结论	验收合格, 符合我院采购标准.				
使用科室代表签字:		其他验收代表签字:		供应商代表签字:	
于佳鑫		李西霞 郭媛媛		张迪	

郑州市第一按摩医院
医疗设备验收报告

使用科室:	功能检查科		设备档案及编号:		
设备名称	生物安全柜	单位 (台/套)	台	单价 (元)	23000.00
规格型号	BSC-1100IIB2-X	国 别	中国	数 量	1
合 同 号		存放地	化验室	设备等级	三类
设备序列号	BSC11BA2508003168	安装日期	2025.9.3	验收日期	2025.9.3
生产厂家、品牌	厂家全称及电话: 河南鑫源生物技术有限公司 品牌名称: BIOBASE		供应商/代理商及联系		全称及座机: 河南鑫源生物技术有限公司 联系人及手机: 15281813125
随机资料	1. 合格证: ☒ 有 ☐ 无 2. 装箱单: ☐ 有 ☒ 无 3. 使用技术说明书: ☒ 有 ☐ 无 4. 维修卡等维修手册是否齐全 ☒ 有 ☐ 无 5. 光盘资料: ☐ 有 ☒ 无 6. 其他资料: _____				
主要附属设备/配件	名 称	数量 (台/套/件)	规格型号、序列号		
验收内容	1. 开箱前是否保持原包装 是 ☒ 否 ☐ 2. 设备外观完好与否 是 ☒ 否 ☐ 3. 规格型号相符与否 是 ☒ 否 ☐ 4. 配件数量是否一致 是 ☒ 否 ☐ 5. 参数性能配置是否一致 是 ☒ 否 ☐ 6. 整机运行是否正常 是 ☒ 否 ☐ 7. 科室人员是否培训 是 ☒ 否 ☐ 8. 其他 _____				
尚待解决的问题	☐ 有: _____。 ☒ 无				
验收结论	验收合格, 符合我院采购标准。				
使用科室代表签字:	其他验收代表签字:		供应商代表签字:		
于佳鑫	李西霞 靳媛媛		张世泽		

郑州市第一按摩医院
医疗设备验收报告

使用科室:	功能检查科		设备档案及编号:		
设备名称	全自动血液分析仪	单位 (台/套)	套	单价 (元)	60000.00
规格型号	BH-5390	国 别	中国	数 量	1
合 同 号		存放地	化验室	设备等级	二类
设备序列号	BH5390200234	安装日期	2025.9.3	验收日期	2025.9.3
生产厂家、品牌	厂家全称及电话:桂林华创医疗设备有限公司 品牌名称:华创 13938258302		供应商/代理商及联系	全称及座机: 联系人及手机:	
随机资料	1. 合格证: ☒ 有 ☐ 无 2. 装箱单: ☒ 有 ☐ 无 3. 使用技术说明书: ☒ 有 ☐ 无 4. 维修卡等维修手册是否齐全 ☒ 有 ☐ 无 5. 光盘资料: ☐ 有 ☒ 无 6. 其他资料: _____				
主要附属设备/配件	名 称	数量 (台/套/件)	规格型号、序列号		
验收内容	1. 开箱前是否保持原包装 ☒ 是 ☐ 否 2. 设备外观完好与否 ☒ 是 ☐ 否 3. 规格型号相符与否 ☒ 是 ☐ 否 4. 配件数量是否一致 ☒ 是 ☐ 否 5. 参数性能配置是否一致 ☒ 是 ☐ 否 6. 整机运行是否正常 ☒ 是 ☐ 否 7. 科室人员是否培训 ☒ 是 ☐ 否 8. 其他: _____				
尚待解决的问题	☐ 有: _____ ☒ 无				
验收结论	验收合格,符合我院采购标准.				
使用科室代表签字:	其他验收代表签字:		供应商代表签字:		
于佳鑫	李西霞 韩媛媛		刘怀将		

郑州市第一按摩医院
医疗设备验收报告

使用科室:	功能检查科		设备档案及编号:		
设备名称	文式压力蒸汽灭菌器	单位 (台/套)	1台	单价 (元)	24000.00
规格型号	LX-B75L	国 别	中国	数 量	1
合 同 号		存放地	化验室	设备等级	二类
设备序列号	752405232	安装日期	2025.9.3	验收日期	2025.9.3
生产厂家、品牌	厂家全称及电话: 华泰医疗设备有限公司 品牌名称: 华泰		供应商/代理商及联系	全称及座机: 郑州黄河医药产业发展有限公司 联系人及手机: 15286813125	
随机资料	1. 合格证: ☒ 有 ☐ 无 2. 装箱单: ☐ 有 ☒ 无 3. 使用技术说明书: ☒ 有 ☐ 无 4. 维修卡等维修手册是否齐全 ☒ 有 ☐ 无 5. 光盘资料: ☐ 有 ☐ 无 6. 其他资料				
主要附属设备/配件	名 称	数量 (台/套/件)	规格型号、序列号		
验收内容	1. 开箱前是否保持原包装 ☒ 是 ☐ 否 2. 设备外观完好与否 ☒ 是 ☐ 否 3. 规格型号相符与否 ☒ 是 ☐ 否 4. 配件数量是否一致 ☒ 是 ☐ 否 5. 参数性能配置是否一致 ☒ 是 ☐ 否 6. 整机运行是否正常 ☒ 是 ☐ 否 7. 科室人员是否培训 ☒ 是 ☐ 否 8. 其他				
尚待解决的问题	☐ 有: ☒ 无				
验收结论	验收合格, 符合我院采购标准.				
使用科室代表签字:	其他验收代表签字:		供应商代表签字:		
于佳鑫	李西霞 韩薇薇		张树军		

郑州市第一按摩医院
医疗设备验收报告

使用科室:	骨科二科 床		设备档案及编号:		
设备名称	电动多功能理疗单位 (台/套)	台	单价 (元)	140000.00	
规格型号	ELT08F	国 别	中国	数 量	1
合 同 号		存放地		设备等级	二类
设备序列号		安装日期	2025.9.12	验收日期	2025.9.12
生产厂家、品牌	厂家全称及电话: 黄山金富匠 品牌名称: 疗器械有限公司		供应商/代理商及联系	全称及座机: 百城富润(河南)医疗 联系人及手机: 产业发展有限公司 15286813125	
随机资料	1. 合格证: ☒ 有 ☐ 无 2. 装箱单: ☒ 有 ☐ 无 3. 使用技术说明书: ☒ 有 ☐ 无 4. 维修卡等维修手册是否齐全 ☒ 有 ☐ 无 5. 光盘资料: ☐ 有 ☒ 无 6. 其他资料: _____				
主要附属设备/配件	名 称	数量 (台/套/件)	规格型号、序列号		
验收内容	1. 开箱前是否保持原包装 是 ☒ 否 ☐ 2. 设备外观完好与否 是 ☒ 否 ☐ 3. 规格型号相符与否 是 ☒ 否 ☐ 4. 配件数量是否一致 是 ☒ 否 ☐ 5. 参数性能配置是否一致 是 ☒ 否 ☐ 6. 整机运行是否正常 是 ☒ 否 ☐ 7. 科室人员是否培训 是 ☒ 否 ☐ 8. 其他: _____				
尚待解决的问题	☐ 有: _____ ☒ 无				
验收结论	验收合格, 符合我院采购标准				
使用科室代表签字:	其他验收代表签字:		供应商代表签字:		
王瑞志	靳媛媛 李西霞		张中田		

郑州市第一按摩医院
医疗设备验收报告

使用科室:	骨伤二科		设备档案及编号:		
设备名称	体外冲击波治疗仪	单位 (台/套)	台	单价 (元)	145000.00
规格型号	XY-K-MEDICAL	国 别	中国	数 量	1
合 同 号		存放地		设备等级	
设备序列号		安装日期	2025.9.12	验收日期	2025.9.12
生产厂家、品牌	厂家全称及电话: 河南翔宇医疗器械有限公司		供应商/代理商及联系	全称及座机: 百城富润(河南)医疗产业发展有限公司 联系人及手机: 15286813125	
随机资料	1. 合格证: ☒ 有 ☐ 无 2. 装箱单: ☒ 有 ☐ 无 3. 使用技术说明书: ☒ 有 ☐ 无 4. 维修卡等维修手册是否齐全: ☒ 有 ☐ 无 5. 光盘资料: ☐ 有 ☒ 无 6. 其他资料				
主要附属设备/配件	名 称	数量 (台/套/件)	规格型号、序列号		
1	手施	1把			
2	弹道、子弹	1个			
3	传导子	1个	R15、D35、D15、F15、A6-D20		
验收内容	1. 开箱前是否保持原包装 是 ☒ 否 ☐ 2. 设备外观完好与否 是 ☒ 否 ☐ 3. 规格型号相符与否 是 ☒ 否 ☐ 4. 配件数量是否一致 是 ☒ 否 ☐ 5. 参数性能配置是否一致 是 ☒ 否 ☐ 6. 整机运行是否正常 是 ☒ 否 ☐ 7. 科室人员是否培训 是 ☒ 否 ☐ 8. 其他				
尚待解决的问题	☐ 有: ☒ 无				
验收结论	验收合格, 符合我院采购标准				
使用科室代表签字:	其他验收代表签字:		供应商代表签字:		
张中田	李西霞		张中田		

郑州市第一按摩医院 医疗设备验收报告

使用科室:	骨伤二科		设备档案及编号:		
设备名称	多体位医用治疗床	单位 (台/套)	台	单价 (元)	14000.00
规格型号	XY-K-SF-1B	国 别	中国	数 量	3
合 同 号		存放地		设备等级	
设备序列号		安装日期	2025.9.12	验收日期	2025.9.12
生产厂家、品牌	厂家全称及电话: 河南翔宇医疗 品牌名称: 设备股份有限公司		供应商/代理商及联系	全称及座机: 百城富润(河南)医疗 联系人及手机: 产业发展有限公司	
随机资料	1. 合格证: ☒ 有 ☐ 无 2. 装箱单: ☒ 有 ☐ 无 3. 使用技术说明书: ☒ 有 ☐ 无 4. 维修卡等维修手册是否齐全: ☒ 有 ☐ 无 5. 光盘资料: ☐ 有 ☒ 无 6. 其他资料: _____				
主要附属设备/配件	名 称	数量 (台/套/件)	规格型号、序列号		
1	电源线	1	XY-K-SF-1B		
2	熔断器	4	XY-K-SF-1B		
验收内容	1. 开箱前是否保持原包装 ☒ 是 ☐ 否 2. 设备外观完好与否 ☒ 是 ☐ 否 3. 规格型号相符与否 ☒ 是 ☐ 否 4. 配件数量是否一致 ☒ 是 ☐ 否 5. 参数性能配置是否一致 ☒ 是 ☐ 否 6. 整机运行是否正常 ☒ 是 ☐ 否 7. 科室人员是否培训 ☒ 是 ☐ 否 8. 其他: _____				
尚待解决的问题	☐ 有: _____ ☒ 无				
验收结论	验收合格, 符合我院采购标准				
使用科室代表签字:	其他验收代表签字:		供应商代表签字:		
张中田	靳爱爱 李西霞		张中田		

郑州市第一按摩医院
医疗设备验收报告

使用科室:	康科 治疗仪		设备档案及编号:		
设备名称	高压低频脉冲	单位 (台/套)	台	单价 (元)	40000.00
规格型号	XY-K-1LDP-II	国 别	中国	数 量	2
合 同 号		存放地		设备等级	
设备序列号		安装日期	2025.9.12	验收日期	2025.9.12
生产厂家、品牌	厂家全称及电话: 河南翔宇医疗 品牌名称: 设备股份有限公司		供应商/代理商及联系		全称及座机: 百城富润(河南)医疗 联系人及手机: 产业发展有限公司 15286813125
随机资料	1. 合格证: ☒ 有 ☐ 无 2. 装箱单: ☒ 有 ☐ 无 3. 使用技术说明书: ☒ 有 ☐ 无 4. 维修卡等维修手册是否齐全: ☒ 有 ☐ 无 5. 光盘资料: ☐ 有 ☒ 无 6. 其他资料: _____				
主要附属设备/配件	名 称	数量 (台/套/件)	规格型号、序列号		
1	电极片 中 50	20个			
2	电极片 中 36	20个			
3	绑带	1套			
验收内容	1. 开箱前是否保持原包装 是 ☒ 否 ☐ 2. 设备外观完好与否 是 ☒ 否 ☐ 3. 规格型号相符与否 是 ☒ 否 ☐ 4. 配件数量是否一致 是 ☒ 否 ☐ 5. 参数性能配置是否一致 是 ☒ 否 ☐ 6. 整机运行是否正常 是 ☒ 否 ☐ 7. 科室人员是否培训 是 ☒ 否 ☐ 8. 其他: _____				
尚待解决的问题	☐ 有: _____ ☒ 无				
验收结论	验收合格, 符合我院采购标准				
使用科室代表签字:		其他验收代表签字:		供应商代表签字:	
王卫权		郭媛媛 李西霞		张中田	

郑州市第一按摩医院
医疗设备验收报告

使用科室:	儿康科 复训练系统		设备档案及编号:		
设备名称	上下肢主被动康	单位 (台/套)	套	单价 (元)	62000.00
规格型号	KLW-SKF2	国 别	中国	数 量	2
合 同 号		存放地		设备等级	
设备序列号		安装日期	2025.9.13	验收日期	2025.9.13
生产厂家、品牌	厂家全称及电话: 南京康友威科 品牌名称: 技安业有限公司		供应商/代理商及联系		全称及座机: 百城富润(河南)医疗 联系人及手机: 产业发展有限公司 15286813125
随机资料	1. 合格证: ☒ 有 ☐ 无 2. 装箱单: ☒ 有 ☐ 无 3. 使用技术说明书: ☒ 有 ☐ 无 4. 维修卡等维修手册是否齐全 ☒ 有 ☐ 无 5. 光盘资料: ☐ 有 ☒ 无 6. 其他资料				
主要附属设备/配件	名 称	数量 (台/套/件)	规格型号、序列号		
1	电源线	1	1.8米		
2	熔断器	2	T3.15AL		
3	熔断器	2	1A		
验收内容	1. 开箱前是否保持原包装 是 ☒ 否 ☐ 2. 设备外观完好与否 是 ☒ 否 ☐ 3. 规格型号相符与否 是 ☒ 否 ☐ 4. 配件数量是否一致 是 ☒ 否 ☐ 5. 参数性能配置是否一致 是 ☒ 否 ☐ 6. 整机运行是否正常 是 ☒ 否 ☐ 7. 科室人员是否培训 是 ☒ 否 ☐ 8. 其他				
尚待解决的问题	☐ 有: ☒ 无				
验收结论	验收合格,符合我院采购标准				
使用科室代表签字:	其他验收代表签字:		供应商代表签字:		
王卫权	靳媛媛 李西霞		张中田		

郑州市第一按摩医院
医疗设备验收报告

使用科室:	骨伤康复科 治疗仪		设备档案及编号:		
设备名称	主动电干扰电	单位 (台/套)	台	单价 (元)	32500.00
规格型号	XY-K-GR-CI	国 别	中国	数 量	1
合 同 号		存放地		设备等级	
设备序列号		安装日期	2025.9.12	验收日期	2025.9.12
生产厂家、品牌	厂家全称及电话: 河南翔宇医 品牌名称: 医疗设备股份有限公司		供应商/代理商及联系	全称及座机: 百城富润(河南)医疗 联系人及手机: 产业发展有限公司 15286813125	
随机资料	1. 合格证: ☒ 有 ☐ 无 2. 装箱单: ☒ 有 ☐ 无 3. 使用技术说明书: ☒ 有 ☐ 无 4. 维修卡等维修手册是否齐全 ☒ 有 ☐ 无 5. 光盘资料: ☐ 有 ☒ 无 6. 其他资料: _____				
主要附属设备/配件	名 称	数量 (台/套/件)	规格型号、序列号		
1	电极线	6根、3根	吸附、自粘		
2	电极片	12片			
3	吸附碗	12个			
验收内容	1. 开箱前是否保持原包装 是 ☒ 否 ☐ 2. 设备外观完好与否 是 ☒ 否 ☐ 3. 规格型号相符与否 是 ☒ 否 ☐ 4. 配件数量是否一致 是 ☒ 否 ☐ 5. 参数性能配置是否一致 是 ☒ 否 ☐ 6. 整机运行是否正常 是 ☒ 否 ☐ 7. 科室人员是否培训 是 ☒ 否 ☐ 8. 其他: _____				
尚待解决的问题	☐ 有: _____ ☒ 无				
验收结论	验收合格, 符合我院采购标准				
使用科室代表签字:	其他验收代表签字:		供应商代表签字:		
姬明亮	韩媛媛 李西霞		张中田		

郑州市第一按摩医院
医疗设备验收报告

使用科室:	骨伤康复科		设备档案及编号:		
设备名称	多功能牵引床	单位 (台/套)	台	单价 (元)	20000.00
规格型号	YH2-II	国 别	中国	数 量	1
合 同 号		存放地		设备等级	
设备序列号		安装日期	2025.9.12	验收日期	2025.9.12
生产厂家、品牌	厂家全称及电话:河南翔宇医疗设备有限公司		供应商/代理商及联系		全称及座机:百城富润(河南)医疗产业发展有限公司 联系人及手机:15286813125
随机资料	1.合格证: ☒ 有 ☐ 无 2.装箱单: ☒ 有 ☐ 无 3.使用技术说明书: ☒ 有 ☐ 无 4.维修卡等维修手册是否齐全 ☒ 有 ☐ 无 5.光盘资料: ☐ 有 ☒ 无 6.其他资料: _____				
主要附属设备/配件	名 称	数量 (台/套/件)	规格型号、序列号		
1	带扣	1			
2	脚轮	2			
3	牵引套	1			
验收内容	1.开箱前是否保持原包装 是 ☒ 否 ☐ 2.设备外观完好与否 是 ☒ 否 ☐ 3.规格型号相符与否 是 ☒ 否 ☐ 4.配件数量是否一致 是 ☒ 否 ☐ 5.参数性能配置是否一致 是 ☒ 否 ☐ 6.整机运行是否正常 是 ☒ 否 ☐ 7.科室人员是否培训 是 ☒ 否 ☐ 8.其他: _____				
尚待解决的问题	☐ 有: _____ ☒ 无				
验收结论	验收合格,符合我院采购标准				
使用科室代表签字:		其他验收代表签字:		供应商代表签字:	
姬明志		靳媛媛 李西霞		张中田	

郑州市第一按摩医院
医疗设备验收报告

使用科室:	骨伤康复科		设备档案及编号:		
设备名称	体外冲击波治疗仪	单位 (台/套)	台	单价 (元)	145000.00
规格型号	XY-K-MEDICAL	国 别	中国	数 量	1
合 同 号		存放地		设备等级	
设备序列号		安装日期	2025.9.12	验收日期	2025.9.12
生产厂家、品牌	厂家全称及电话: 河南翔宇医 品牌名称: 翔宇医疗设备有限公司		供应商/代理商 及联系	全称及座机: 百城富润(河南)医疗 联系人及手机: 翔宇医疗有限公司 15286813125	
随机资料	1. 合格证: ☒ 有 ☐ 无 2. 装箱单: ☒ 有 ☐ 无 3. 使用技术说明书: ☒ 有 ☐ 无 4. 维修卡等维修手册是否齐全: ☒ 有 ☐ 无 5. 光盘资料: ☐ 有 ☒ 无 6. 其他资料: _____				
主要附属设备/配件	名 称	数量 (台/套/件)	规格型号、序列号		
1	手枪	1把			
2	弹道、子弹	1个			
3	传导子	1个	R15、D35、D15、F15、A6、D20		
验收内容	1. 开箱前是否保持原包装 是 ☒ 否 ☐ 2. 设备外观完好与否 是 ☒ 否 ☐ 3. 规格型号相符与否 是 ☒ 否 ☐ 4. 配件数量是否一致 是 ☒ 否 ☐ 5. 参数性能配置是否一致 是 ☒ 否 ☐ 6. 整机运行是否正常 是 ☒ 否 ☐ 7. 科室人员是否培训 是 ☒ 否 ☐ 8. 其他 _____				
尚待解决的问题	☐ 有: _____ ☒ 无				
验收结论	验收合格,符合我院采购标准				
使用科室代表签字:		其他验收代表签字:		供应商代表签字:	
姬亚明		靳媛媛 李西霞		张中田	

郑州市第一按摩医院
医疗设备验收报告

使用科室:	骨伤康复科		设备档案及编号:		
设备名称	空气波压力治疗仪	单位 (台/套)	台	单价 (元)	21000.00
规格型号	XY-K-WIC-3	国 别	中国	数 量	1
合 同 号		存放地		设备等级	
设备序列号		安装日期	2025.9.12	验收日期	2025.9.12
生产厂家、品牌	厂家全称及电话: 河南翔宇医疗设备有限公司 品牌名称: 翔宇医疗设备股份有限公司		供应商/代理商及联系		全称及座机: 百城富润(河南)医疗产业发展有限公司 联系人及手机: 张中田
随机资料	1. 合格证: ☒ 有 ☐ 无 2. 装箱单: ☒ 有 ☐ 无 3. 使用技术说明书: ☐ 有 ☐ 无 4. 维修卡等维修手册是否齐全 ☒ 有 ☐ 无 5. 光盘资料: ☐ 有 ☒ 无 6. 其他资料: _____				
主要附属设备/配件	名 称	数量 (台/套/件)	规格型号、序列号		
1	下肢护套	1对	XY-K-WIC-3		
2	上肢护套	1个	XY-K-WIC-3		
3	熔断器	2个	XY-K-WIC-3		
验收内容	1. 开箱前是否保持原包装 ☒ 是 ☐ 否 2. 设备外观完好与否 ☒ 是 ☐ 否 3. 规格型号相符与否 ☒ 是 ☐ 否 4. 配件数量是否一致 ☒ 是 ☐ 否 5. 参数性能配置是否一致 ☒ 是 ☐ 否 6. 整机运行是否正常 ☒ 是 ☐ 否 7. 科室人员是否培训 ☒ 是 ☐ 否 8. 其他: _____				
尚待解决的问题	☐ 有: _____ ☒ 无				
验收结论	验收合格, 符合我院采购标准				
使用科室代表签字:		其他验收代表签字:		供应商代表签字:	
姬明亮		靳媛媛 李西霞		张中田	

郑州市第一按摩医院 医疗设备验收报告

使用科室:	骨科康复科		设备档案及编号:		
设备名称	多体位医用诊床	单位 (台/套)	台	单价 (元)	14000.00
规格型号	XY-K-SF-1B	国 别	中国	数 量	6
合 同 号		存放地		设备等级	
设备序列号		安装日期	2025.9.12	验收日期	2025.9.12
生产厂家、品牌	厂家全称及电话: 河南翔宇医疗 品牌名称: 设备股份有限公司		供应商/代理商 及联系		全称及座机: 百城嘉润(河南)医疗 联系人及手机: 产业发展有限公司 15286813125
随机资料	1. 合格证: ☒ 有 ☐ 无 2. 装箱单: ☒ 有 ☐ 无 3. 使用技术说明书: ☒ 有 ☐ 无 4. 维修卡等维修手册是否齐全 ☒ 有 ☐ 无 5. 光盘资料: ☐ 有 ☒ 无 6. 其他资料: _____				
主要附属设备/配件	名 称	数量 (台/套/件)	规格型号、序列号		
1	电源线	1	XY-K-SF-1B		
2	熔断器	4	XY-K-SF-1B		
验收内容	1. 开箱前是否保持原包装 ☒ 是 ☐ 否 2. 设备外观完好与否 ☒ 是 ☐ 否 3. 规格型号相符与否 ☒ 是 ☐ 否 4. 配件数量是否一致 ☒ 是 ☐ 否 5. 参数性能配置是否一致 ☒ 是 ☐ 否 6. 整机运行是否正常 ☒ 是 ☐ 否 7. 科室人员是否培训 ☒ 是 ☐ 否 8. 其他: _____				
尚待解决的问题	☐ 有: _____ ☒ 无				
验收结论	验收合格, 符合我院采购标准				
使用科室代表签字:	其他验收代表签字:		供应商代表签字:		
姬明亮	靳媛媛 李西霞		张中田		

郑州市第一按摩医院
医疗设备验收报告

使用科室:	骨伤康复科		设备档案及编号:		
设备名称	电动力能理疗床	单位 (台/套)	台	单价 (元)	140000.00
规格型号	ELT08F	国 别	中国	数 量	1
合 同 号		存放地		设备等级	二类
设备序列号		安装日期	2025.9.12	验收日期	2025.9.12
生产厂家、品牌	厂家全称及电话: 黄山金富医疗器材有限公司		供应商/代理商及联系	全称及座机: 百城富润(河南)医疗产业发展有限公司 联系人及手机: 15286813125	
随机资料	1. 合格证: ☒ 有 ☐ 无 2. 装箱单: ☒ 有 ☐ 无 3. 使用技术说明书: ☒ 有 ☐ 无 4. 维修卡等维修手册是否齐全: ☒ 有 ☐ 无 5. 光盘资料: ☐ 有 ☒ 无 6. 其他资料: _____				
主要附属设备/配件	名 称	数量 (台/套/件)	规格型号、序列号		
验收内容	1. 开箱前是否保持原包装 ☒ 是 ☐ 否 2. 设备外观完好与否 ☒ 是 ☐ 否 3. 规格型号相符与否 ☒ 是 ☐ 否 4. 配件数量是否一致 ☒ 是 ☐ 否 5. 参数性能配置是否一致 ☒ 是 ☐ 否 6. 整机运行是否正常 ☒ 是 ☐ 否 7. 科室人员是否培训 ☒ 是 ☐ 否 8. 其他: _____				
尚待解决的问题	☐ 有: _____ ☒ 无				
验收结论	验收合格, 符合我院采购标准				
使用科室代表签字:	其他验收代表签字:		供应商代表签字:		
张明志	靳媛媛 李西霞		张中田		