山东第二医科大学资产履约验收报告单（服务类）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申请使用单位 | XXXXX | | | 项目名称 | | | XXXXX | | | 供应商 | XXXXX |
| 合同编号 | XXXXX | | | 设备名称/（件数） | | | XXXXX | | | 项目金额（万元） | XXXXX |
| 分阶段验收 | 是□ 否☑ | | | 1.到货☑ | | | 2.安装调试☑ | | | 3.使用☑ | 4.其他： |
| 1.到货验收 | **到货时间：** XX 年 XX 月 XX 日 | | | | | | | | | **到货地点：XXXXX** | |
| **供货进度** | | | **外包装是否完好** | | | **随机资料** | | | | **其他** |
| 按 时☑  不按时□ | | | 是☑  否□ | | | 1.产品说明书 XX份；2.检验合格证 XX份；  3.装箱单 XX份；4.鉴定证书 XX份；  5.技术说明书 XX份；6.其他 | | | |  |
| **送货人签字：XXXXX** | | | | | | **到货查验人签字（2人）：XX、XX** | | | | |
| 2.安装调试验收 | **安装调试时间：** XX 年 XX月 XX日 | | | | | | | | | **安装地点：XXXXX** | |
| **设备安装情况** | | | **设备调试情况** | | | **设备培训情况** | | | | **其他** |
| 需要安装☑ 完 成☑  未完成□ | | | 需要调试☑ 完 成☑  未完成□ | | | 需要培训☑ 完 成☑  未完成□ | | | |  |
| 不需要安装□ | | | 不需要调试□ | | | 不需要培训□ | | | | |
| **安装调试人签字：XX** | | | | | | **安装调试查验人签字（2人）：XX、XX** | | | | |
| 3.使用验收 | **使用验收时间：** XX 年 XX 月 XX 日 | | | | | **验收地点：XXXXX** | | | | **验收组织人：XXXXX** | |
| **服务质量** | **服务进度** | | | **人员设备配备情况** | **安全标准** | | **服务承诺实现** | | **合同履约时间、地点、方式** | |
| 合 格☑  不合格□ | 合 格☑  不合格□ | | | 合 格☑  不合格□ | 合 格☑  不合格□ | | 合 格☑  不合格□ | | 合 格☑  不合格□ | |
| **专业检测机构情况说明** | | XXXXX(如未聘请，填写：无) | | | | | | | | |
| **存在问题和改进意见** | | XXXXX | | | | | | | | |
| **最终结论** | | 合 格☑ 不合格□ | | | | | | | | |
| **验收小组成员签字** | | **供应商意见建议** | | | | | | **使用单位意见建议** | | |
| XX、XX、XX  （3人以上单数，其中包括采购需求制定人员或者资产管理员签字） | | 供  XXXXX  供应商项目负责人签字/盖章：XX(签字、单位盖章) | | | | | | XXXXX  使用单位负责人签字、盖章：XX(签字、单位盖章) | | |