附件2：

成都市新都区第三人民医院医疗设备市场调研报名表

调研产品名称：

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 一、报名供应商信息 | 公司名称 |  | | | | | |
| 公司类别 | □设备生产厂家 □总代理商 □其他 | | | | | |
| 委托代理人 |  | | 联系电话 | |  | |
| 二、推荐设备信息 | 注册证名称 |  | | | | | |
| 注册证号 |  | | | | | |
| 生产企业 |  | | | | | |
| 生产企业规模 | □大型 □中型 □小型 □微型 | | | | | |
| 推荐型号 |  | | | 铭牌标注使用年限 | |  |
| 可开展的医疗服务项目 |  | | | | | |
| 成都市收费编码及价格  （二甲） |  | | | | | |
| 推荐配置（主要组成部分）及报价 | 名称 | 规格  型号 | 数量 | 单价  （万元） | 备注 | |
|  |  |  |  |  | |
|  |  |  |  |  | |
|  |  |  |  |  | |
|  |  |  |  |  | |
|  |  |  |  |  | |
| 合计报价： 万元 | | | | | |
| 是否有可选配功能或配件情况：□无 □有 | 功能/配件名称 | | 价格（万元） | | 备注 | |
|  | |  | |  | |
|  | |  | |  | |
|  | |  | |  | |
|  | |  | |  | |
|  | |  | |  | |
| 三、是否需要配套使用耗材（行数不够，可自行增加）： □是 □否 | 注册证名称 | 生产企业 | 规格  型号 | 注册证号 | 是否挂网 | 执行单价（元） | 是否专机专用 |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| 四、有无易损件、消耗性配件： □有 □无 | 类别 | | 名称 | 生产企业 | 规格  型号 | 执行单价（元） | 是否专机专用 |
| □易损件 □消耗性配件 | |  |  |  |  |  |
| □易损件 □消耗性配件 | |  |  |  |  |  |
| □易损件 □消耗性配件 | |  |  |  |  |  |
| □易损件 □消耗性配件 | |  |  |  |  |  |
| □易损件 □消耗性配件 | |  |  |  |  |  |
| 五、同型号设备成都市医院用户情况 | 医院名称 | 采购时间 | 采购价格（万元） | 与本次推荐配置区别 | | | |
|  |  |  |  | | | |
|  |  |  |  | | | |
|  |  |  |  | | | |
| 六、消毒灭菌 | 设备或部件使用过程是否需要消毒灭菌 | | 具体部位 | | 消毒方式 | | |
|  | |  | |  | | |
| 七、售后服务 | 成都市驻地维修工程师人数 | 维修响应时间 | 能否提供备用机 | 质保期（≥3年） | 质保期结束后技术保费用（万元/年） | 质保期结束后全保费用（万元/年） | 备注 |
|  |  |  |  |  |  |  |
| 八、技术参数与性能指标 |  | | | | | | |
| 九、其他需要说明情况 |  | | | | | | |
| 十、承诺 | 我公司对本次成都市新都区第三人民医院组织开展的医疗设备市场调研活动提供的上述内容以及相应资料都是真实的、有效的、合法的。如经查实上述承诺的内容事项存在虚假，我单位愿意承担相应法律责任。    公司名称（盖鲜章）：   法定代表人或授权代理人（签字）：  签署日期： 年 月 日 | | | | | | |
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|