**广州市第十二人民医院设备购置市场调研表**

**拟购置设备编号 ：                                        日期：**

|  |  |
| --- | --- |
| **采购项目名称****（数量）** |   |
| **品牌** |  | **规格型号** |  |
| **生产商** |  | **产地** |  |
| **供货商** |  | **电话****邮箱** |  |
| **资质审查**  | **营业执照**有□  无□ | **医疗器械注册证**注册号(全)： |
| **医疗器械经营许可证**证号： | **厂家授权书**授权单位：授权期限：**业务员的授权书**授权期限： |
| **专用耗材：有□无□****可否独立收费：****可□ 否□**（如耗材较多请另附清单） | 耗材1：             | 报价：      优惠价： |
| 耗材2：            | 报价：      优惠价： |
| 备注：1.如设备不需配套耗材或试剂，请提供厂家出具不需专机专用耗材的保证函；2.如需使用配套耗材或试剂，请提供专用耗材或试剂产品报价表（包括：名称、规格/型号、厂家、注册证号及有效期、报价）。3.请提供专用耗材或试剂的产品注册证。 |
| **销售记录：** **有□  无□****其他医院成交记录：**(广东市内三甲医院、附三家以上医院成交记录优先) | 1.医院名称：                     成交价格：  成交日期：                    成交数量：  其他说明：2.医院名称：                     成交价格：  成交日期：                    成交数量：  其他说明：3.医院名称：                     成交价格：  成交日期：                    成交数量：其他说明： |
| **供货商确认** | **市场报价：       万元/台（须与所提供的发票一致）****拟供货价格：      万元/台    总价:      万元****设备保质保用期（年）：****（如分开质保，请注明主机、配件）****配置：（可另页附详细配置清单）****其它说明：****签名确认：****（单位公章）****年 月 日** |

**设备基本情况**

|  |  |
| --- | --- |
| **产品名称** |  |
| **品牌及型号** |  |
| **质保期满后每年的维保价格（单位：万元）** |  |

**一、用途和功能描述：**

1、

2、

3、。。。

**二、产品完整配置清单：**

1、

2、

3、。。。

**三、主要技术参数描述（能体现产品档次和先进性）：**

1、

2、

3、

4、

5、。。。。

**四、售后服务及其他：**

1、

2、

3、。。。

**XXXX型号设备在广东省内主要用户名单（广东三甲排在前）**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 序号 | 医院名称 | 医院等级 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**备注：须提供近三年内三份以上采购合同（含配置清单）复印件或发票复印件或中标通知书复印件**

**设备涉及的主要配套耗材信息（如有）**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 耗材名称 | 耗材品牌 | 规格型号 | 注册证号 | 生产厂家 | 包装规格 | 是否专机专用 | 耗材报价 | 供应商 | 市平台价格 |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| … |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |