**附件1**

**建湖双湖中医院医疗设备市场调研报告**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **一、商务信息** | | | | | | | |
| 项目名称 |  | | | | | | |
| 平台收费编码 |  | | | | | | |
| 品 牌 |  | | | | | | |
| 型 号 |  | | | | | | |
| 供货商名称 |  | | | 生产商名称 | |  | |
| 资质审查 | 营业执照 | | 有□ 无□ | 医疗器械经营许可证 | | | 有□ 无□ |
| 产品授权 | | 有□ 无□ | 产品登记表 | | | 有□ 无□ |
| 报 价  （附详细价格） |  | | | | | | |
| 联系人 |  | 联系方式 | | |  | | |
| 相同规格型号江苏地区二、三级医院以上主要用户清单  （附合同/发票） | 医院名称 |  | | | 成交价格 | |  |
| 医院名称 |  | | | 成交价格 | |  |
| 医院名称 |  | | | 成交价格 | |  |
| **二、其他信息** | | | | | | | |
| 主要优势 | 1、试剂配送时效： | | | | | | |
| 2、结算周期： | | | | | | |
| 3、质控： | | | | | | |
| 4、售后响应时间： | | | | | | |
| 5、其他： | | | | | | |
| 整机质保年限 | （对使用该产品的设备提供整机质保年限） | | | | | | |
| 一次性用品价格  （如有） | 1. XX,XX元 2. …… | | | | | | |
| 消耗品价格  （如有） | 1. XX,XX元 2. …… | | | | | | |
| 易损件价格  （如有） | 1. XX,XX元 2. …… | | | | | | |

**备注： 此表格填写后发送可编辑的word版本及加盖鲜章的扫描件至指定邮箱（jhshzyyyxzb@163.com）。**