**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 |  | | | | | | |
| 产品注册证名称  （医疗器械注册证号） |  | | | | | | |
| 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  （附详细配置清单，并注明标准配置、选配件、规格型号及价格） |  | | | | | | |
| 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、主要技术参数** | | | | | | | |
| 核心技术参数  （不多于5条） |  | | | | | | |
|  | | | | | | |
|  | | | | | | |
|  | | | | | | |
|  | | | | | | |
| 推荐型号独有特点/技术（不多于3条） |  | | | | | | |
|  | | | | | | |
|  | | | | | | |
| 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）。**