**广州市红十字会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： | **授权书**授权单位：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： |
| **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** | 1. **市场报价： 万元/台**
2. **拟供货价格： 万元/台 总价: 万元**
3. **设备保质保用期（年）：**

 **（如分开质保，请注明主机、配件）**1. **配置：（可另页附详细配置清单）**
2. **其它说明：**

**签名确认：****（单位公章）** **2018年 月 日** |

**设备性能技术参数（模板）**

**一、用途和功能描述：**

1、

2、

3、。。。

**二、配置描述：**

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、。。。