**重钢总医院医学装备市场调研表**

**项目名称： 填报日期：**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **产品名称** |  | **潜在供应商名称****（签章）** |  |
| **生产厂家** |  | **生产厂家联系人及联系方式** |  |
| **规格型号** |  | **供应商联系人及联系方式** |  |
| **注册证号** |  | **供应商邮箱** |  |
| **产品报价** |  | **供货周期（工作日）** |  |
| **适用范围****（以注册证为准）** |  |
| **结构及组成****（以注册证为准）** |  |
| **市内三级医院****用户名单** |  |  |  |
| **技术参数****（详细参数）** |  |
| **主要配置清单**（1）需逐一列明分项报价； （2）选配项备注栏注明“选配” |  |
| **是否涉及****医用耗材** | □不涉及 □涉及（如涉及请填写医用耗材一览表）  |
| **质保年限****（注明质保范围）** |  |
| **售后服务情况** | 1、接到报修电话后 小时内响应；如果不能电话指导解决故障的， 小时内赶到设备所在地维修；涉及零配件更换的，应在 小时（含节假日、运输时间）修复完毕；不涉及零配件更换的，应在 小时内修复完毕。2、是否提供备用机：□是 □否  |

**医用耗材一览表**

**潜在供应商名称（签章）： 填写日期：**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **商品代码****或产品ID** | **材料名称** | **规格型号** | **计量单位** |  **单价**  | **生产厂家** | **注册证号** | **是否专机专用** | **国家医保编码** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |