**成飞医院医学装备市场调研表（询价)**

**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）** |  | | |
| **省内三级医院**  **用户名单** |  |  |  |
| **技术参数**  **（详细参数）** |  | | |
| **主要配置清单** |  | | |
| **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** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |