**成飞医院医用物资材料市场调研表**

**项目名称： 填报日期：**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **材料名称** |  | **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）** |  |
| **是否挂网** |  | **国家医保编码** |  |
| **商品代码/产品ID** |  | **单件产品名称** |  |
| **产品有效期** |  | **启用后有效期**  **（消毒产品适用）** |  |
| **省内三级医院**  **用户名单** |  | | |
| **适用范围**  **（以注册证为准）** |  | | |
| **结构及组成**  **（以注册证为准）** |  | | |
| **行业优势介绍**  **（产品在安全性、适用性、整体费用、医保等方面）** |  | | |
| **售后服务情况** | 1、常规材料：在收到釆购订单后， 个工作日内将耗材送达。如遇突发事件或特殊情况，不论工作日还是节假日均在 个小时内送达。  2、紧急耗材:急救耗材原则上在收到采购订单后 个小时内送达，特殊急救情况下应保证即时供应，以满足医院急诊、急救等需求 | | |
| **注意事项** | 1、如涉及项目较多时，将产品基本信息填写于此表后，将其余信息请填写在“成飞医院医用物资材料市场调研表（附表）”中。 | | |

**成飞医院医用物资材料市场调研表（附表）**

**潜在供应商名称（签章）： 填写日期：**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **拟调研医用物资名称** | **商品代码/产品ID** | **材料名称** | **规格型号** | **计量单位** | **单价** | **生产厂家** | **医疗器械注册证/备案号** | **国家编码** | **单件产品名称** | **适用范围** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |