|  |
| --- |
| **四川省第二中医医院市场调研专用表** |
| 公司名称（盖章） |  | 联系电话 |  |
| 授权代表 |  | 授权期限 |  |
| 项目名称及调研设备名称 | 如：第一批设备调研项目xx设备 | 生产厂家 |  |
| 注册证名称及注册证号 |  | 注册证有效时间 |  |
| 产地品牌 | □国产 □进口 □合资 | 型号规格 |  |
| 设备使用年限 |  | 安装场地要求 |  |
| 近3年的销售记录(三个川渝三甲医院或全国知名三甲医院) | 1.医院名称: 成交价格： |
| 2.医院名称: 成交价格： |
| 3.医院名称: 成交价格： |
| 专机专用耗材/易损件情况（设备如需专用耗材请列明，未列明者视为永久赠送） | 序号 | 耗材/试剂名称 | 型号/规格 | 医疗器械注册证号/备案号 | 报价（元） |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |
| 耗材是否可收费： | 收费编码（如有）： |
| 易损件1： | 报价： | 优惠价： |
| 易损件2： | 报价： | 优惠价： |
| 易损件3： | 报价： | 优惠价： |
| 资格审查 （自查） | 医疗器械经营许可证 □ | 产品注册证 □ 营业执照 □ |
| 授权书 □ | 销售记录 □ |
| 供应商确认 | 拟销售价格（请在附表1中提供完整的配置清单）： | 免费保修期： |
| 能否提供备用机：能□ 否□ | 续保价格： |
| 其他：以上报价有效期为 个月 |
| 签名： 年 月 日 |

附表1:

**设备配置清单**

公司名称（盖章）： 年 月 日

一、**分项报价**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 名称 | 数量 | 单位 | 单价（万元） | 总金额（万元） |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
|  |  |  |  |  |  |
| **合计金额** |  |

二、**可选配项报价**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 产品名称 | 数量 | 单位 | 单价（万元） |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

附表2:

**报名承诺函**

四川省第二中医医院：

我公司保证如下：

1、承诺在本次报名提供的一切文件，无论是原件还是复印件均为真实、合法、有效，绝无任何虚假、伪造和夸大的成份，否则，愿承担相应的后果和法律责任。

2、如果我方的报名文件被接受，我方将履行报名文件中规定的每一项要求，并按我方的承诺按期、保质、保量提供货物。

3、我方理解，该市场调研并非采购行为，提供的相关产品信息仅有助于提高贵院对该产品的认知，不作为采购行为的任何承诺。

4、我方同意并遵守贵院有关本次市场调研的各项规定。

公司名称（公章）:

授权代表签字：

年 月 日

附表3:

**技术参数表**

|  |  |
| --- | --- |
| 设备名称 |  |
| 公司名称（盖章） |  |
| 设备功能 |  |
| 设备技术参数 |  |
| 设备的先进性 |  |