**设 备 购 置 市 场 调 研 专 用 表**

**设备序号 ： 医院公告的序号 时间：**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **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： | |
| 耗材3： | | 报价： 优惠价： | |
| **销售记录： 有□ 无□**  **其他医院成交记录：**  (广东省内三甲医院优先，可附多家医院成交记录) | 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：（可附详细配置清单）** 2. **其它说明：**   **签名确认：**  **（单位公章）**  **2020年 月 日** | | | |