**南方医科大学口腔医院**

**市场调研报名资料**

|  |  |
| --- | --- |
| **项目编号：** | 　 |
| **报名企业（盖章）：** | 　 |
| **联系人:** | 　 |
| **手机号码:** | 　 |
| **联系邮箱：** |  |
| **设备名称：** | 　 |

**目 录**

一、 报名企业公司资质 3

二、 市场调研表 4

三、 各产品报价单 5

四、 具体产品资料 6

# 报名企业公司资质

# 市场调研表

|  |  |
| --- | --- |
| 项目编号：  | 日期：2022年 月 日 |
| 设备名称 |  |
| 产地品牌 |  | 规格型号 |  |
| 生产厂家 |  | 联系人/电话 |  |
| 供应商 |  | 联系人/电话 |  |
| 销售记录（必须同型号） | 1.医院名称：  | 成交单价： 元 |
| 2.医院名称：  | 成交单价： 元 |
| 3.医院名称：  | 成交单价： 元 |
| 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） | 耗材收费情况：□耗材可单独收费**（请提供依据）** □耗材不可单独收费，与项目打包收费 |
| 耗材1： | 报价： 元 | 优惠价： 元 |
| 耗材2： | 报价： 元 | 优惠价： 元 |
| 易损件1： | 报价： 元 | 优惠价： 元 |
| 易损件2： | 报价： 元 | 优惠价： 元 |
| 供应商确认 | 拟销售价格： | 免费保修期： |
| 最终销售价格： | 免费保修期： |
| 能否提供备用机：能□ 否□  | 续保价格： |
|  |
| 单位公章： 授权代表签字确认： 2021年 月 日 |
| 备注 |  |

# 各产品报价单

# 具体产品资料