**宣威市中医医院 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 项目咨询一览表**

**填写日期： 年 月 日**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 设备名称 | 品牌 | 型号 | 制造商 | | 产地 | 设备注册证号 | 使用年限  （注册证或使用说明书为准） | 市场销售最低价  （人民币元） |
| 设备名称：  XXXX  （） | XXXX | XXXX | XXX | | XXX | 国械注准2018XXXXXXX  或国械注进2018XXXXXXX  或“无” |  | （选配项独立报价） |
| 此报价设备性能情况 | 性能： | | | | 此报价设备配置清单  （标注标配和选配项） | 例如：1、主机（1台）；  2、探头（3个）；  3、图文工作站（1台）；  …… | | |
| 配套耗材/其他 | 耗材1：XXX，单价XX元/套；  耗材2：XXX，单价XX元/套；  … | | | | 服务承诺（质保、维保、驻昆工程师等） | 质保: 年； 维修响应时间：  供货期： 天；是否提供备用机：□是/□否；  有（ ）名常驻昆明厂家工程师；  可提供的其他免费服务： | | |
| 产品投入市场时间 |  | | | | 同型号设备国内/省内二甲及以上医院装机情况： | |  | |
| 报名公司名称（盖章）： |  | | | | 公司属性 | □厂家/□总代理/□区域代理/□其他： | | |
| 报名公司项目负责人： |  | 联系电话： | |  | 宣讲人： |  | 联系电话： |  |
| 注意事项：  1、一个项目只填写一张项目咨询一览表，如同时有多种设备，请增加单元格分别填写。设备名称必须与医院公示的设备名称一致，若与医疗器械注册证或使用说明书不一致，在括号内附加说明；  2、设备性能情况、配置清单可另附附件；  3、以上字段均为必填项； | | | | | | | | |
| 备注： | | | | | | | | |