附件1

**呈：**

彭州市人民医院

感染病区医疗设备项目市场调研

文件

**项目序号：**

**设备名称：（与调研产品清单一致）**

**生产厂家/代理商及电话：**

**联系人员：**

**联系电话：**

附件2

承诺函

彭州市人民医院：

我方全面研究了“彭州市人民医院感染病区医疗设备项目市场调研公告”文件，决定参加贵单位组织的市场调研。我方授权        （姓名、身份证号、职务）代表                （公司名称）全权处理本次市场调研的有关事宜。我方现作出如下承诺：
 一、 我方已知晓全部调研文件的内容，包括修改文件（如有）以及全部相关资料和有关附件，并对上述文件均无异议。
 二、我方愿意提供贵单位可能另外要求的，与调研有关的文件资料，并保证我方已提供和将要提供的文件资料是真实的，准确的，同时符合贵单位相关要求。

1. 我方将调研资料交于贵单位，无论任何原因，不向贵单位取回调研资料。
2. 我方具备合格资质、具有相应供应保障能力、三年内无违法违纪记录。

生产厂家/代理商（盖单位公章）：

法定代表人或授权代表（签字）：

日期：

附件3

感染病区医疗设备项目市场调研

报名信息表

**设备名称：（与调研产品清单一致）**

**生产厂家/代理商及电话：**

**联系人员：**

**联系电话：**

**设备基本信息表**

|  |  |
| --- | --- |
| 调研产品名称 |  |
| 是否作为医疗器械管理 | 🞎是 🞎否（请附药监局相关截图） |
| 产品注册证名称或备案名称 |  |
| 生产厂家及产地 |  |
| 医疗器械产品注册证或备案凭证 |  |
| 进口/国产 |  |
| 品牌、规格、型号 |  |
| 单价(万元/台） |  |
| 设备生产厂家是否是中小企业 | 🞎是 🞎否 |
| 供应商是否是中小企业 | 🞎是 🞎否 |

**生产厂家/代理商： (盖公章)**

**日 期： 年 月 日**

**设备技术参数表**

|  |  |
| --- | --- |
| **第1条** 技术参数 （要求参数均能同时满足三家及以上主流品牌，重要参数加▲） | 　 |
| **第2条** 优于其他产品的参数及说明 |  |
|
|
| **第3条** 配置清单 | **名称** | **数量** | **报价** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **第4条** 运行维护(维保内容及后期维保费用等) | **维保年限** | **保后维保费** |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **第5条** 易损件零配件清单 | **名称** | **更换频率** | **报价** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **第6条** 耗材/试剂（如有请填写） | **名称** | **报价** | **是否专机专用** | **按照相关文件要求是否需要挂网****(如需挂网请填写流水号/挂网截图证明附后)** | **耗材/试剂规格参数** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **第7条**同类设备在省内的销售情况 | **用户名称** | **设备型号** | **中标时间** | **中标单价** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**生产厂家/代理商： (盖公章)**

**日 期： 年 月 日**