**设备购置市场调研表**

**日期：**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **设备名称**  **（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： | **厂家授权书**  授权单位：  授权期限：  **业务员的授权书**  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： | |
| 备注：1.如设备不需配套耗材或试剂，请提供厂家出具不需专机专用耗材的保证函；  2.如需使用配套耗材或试剂，请提供专用耗材或试剂产品报价表（包括：名称、规格/型号、厂家、注册证号及有效期、报价）。  3.请提供专用耗材或试剂的产品注册证。 | | | | |
| **销售记录：**  **有□  无□**  **其他医院成交记录：**  (广东省内三甲医院、附三家以上医院成交记录优先) | 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** | **市场报价：          万元/台（须与所提供的发票一致）**    **拟供货价格：      万元/台    总价:      万元**    **设备保质保用期（年）：**  **（如分开质保，请注明主机、配件）**    **配置：（可另页附详细配置清单）**      **其它说明：**      **签名确认：**  **（单位公章）**  **年 月 日** | | | |

**设备涉及的主要配套耗材（试剂）信息（如有）**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **耗材（试剂）名称** | **耗材（试剂）品牌** | **规格型号** | **注册证号** | **生产厂家** | **包装规格** | **是否专机专用** | **耗材（试剂）报价** | **供应商** | **相关平台价格** |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| … |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |