**附件2：河源市人民医院医疗设备报价信息表**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 所报设备项目序号 | 　 | 设备名称 |  |
| 品 牌 （进口则写明中英文两种） | 　 | 规格型号 |  |
| 厂家名称 | 　 | 产地 |  |
| 厂家联系人及电话 | 　 | 厂家电子邮箱  |  |
| 供应商名称 | 　 | 供应商联系人及电话、邮箱 |  |
|  单价 | 　 |  总价 |  |
|  质保年限（整机+配件） | 　 |  年保价格 |  |
| 是否需要配套耗材/试剂： **是□ 否□** |
| 设备优点： |
| 设备技术参数、配置、配置清单（缺少以上一项视为无效参数）： |
|  签名确认： 供应商名称：（公章） 年 月 日 |
| 说明：设备若需使用耗材但没有如实填写的视为虚假行为。 |
|

设备价格依据：

1、提供其它至少三家三级医院成交记录（需附上相应中标合同或通知书或发票，广东省内三甲医院优先）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **医院名称** | **购买时间** | **成交单价**（万元） |
| **1** | 甲医院 |  |  |
| **2** | 乙医院 |  |  |
| **3** | 丙医院 |  |  |