**附件2：全自动分药机、药品核对机采购项目报价信息表**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 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（元） |  | 总价（元） |  |
| 质保年限（整机+配件） |  | 年保价格（元） |  |
| 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 |  |  |