**附件3：河源市人民医院全自动生化分析仪等医疗设备采购项目设备调研报价信息表**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 所报设备项目序号 |  | 设备名称 |  |
| 品 牌  （进口则写明中英文两种） |  | 设备的注册证名称 |  |
| 规格型号 |  | 厂家名称 |  |
| 属于进口设备还是国产设备 |  | 产地 |  |
| 医疗器械注册证号 |  | 设备使用期限（铭牌或说明书标注的） |  |
| 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 |  |
| 整机全保年限（整机+配件） |  | 年保价格 |  |
| 是否需要配套耗材/试剂： **是□ 否□** | | 是否属于专机耗材/专机试剂： **是□ 否□** | |
| 设备优点（简要描述设备的优势）： | | | |
| 设备技术参数、配置、配置清单（缺少以上一项视为无效参数，需要填写设备**完整的参数**，以便做参数对比）： | | | |
| 法人或授权代表签名确认：  供应商名称：XXX公司 （公章）  年 月 日 | | | |
| 说明：1.规格型号需把主要物件写上：例如：XX+XX+XX  2.配置清单需要写好对应的数量和单位。  3.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，成交时间在三年内优先**）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **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 |  |  |