**附件2：医疗器械市场调研供应商填报表**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 名称  （注册证号） |  | | 品牌 |  |
| 型号 |  | | 产地 |  |
| 生产厂家类型 | 大型企业□ 中型企业□  小型企业□ 微型企业□ | | 使用年限  （铭牌上标注） |  |
| 国内上市时间  （注册证取得或更新时间） |  | | 是否为最新代产品 | 是□ 否□ |
| 报价 |  | | | |
| 价格依据 | 四川省内医院销售价格（三甲医院优先） |  | 省外医院销售价格（三甲医院优先） |  |
| 专用耗材  （若耗材品种多，可另附表） | 有□ | 耗材名称：  是否阳光采购：  耗材价格： | | |
| 无□ |  | | |
| 专用试剂  （若试剂品种多，可另附表） | 有□ | 试剂名称：  是否挂网：  试剂价格： | | |
| 无□ |  | | |
| 装机量 | 四川省内医院装机情况（三甲医院优先） |  | | |
| 国内医院装机情况（三甲医院优先） |  | | |
| 售后服务 | 质保期 （免费维修维保期） | 质保\_\_\_\_\_年  （如有不包含在质保内的易损件或零部件需单独列明） | | |
| 响应时间 | \_\_\_\_\_小时内电话响应，\_\_\_\_\_小时内到达现场 | | |
| 售后办事处 | 是否在四川设立售后办事处（是□否□）  是否有常驻四川的维修工程师（是□否□） | | |
| 备用机 | 是否提供维修备用机（是□否□），若提供，设备\_\_\_\_小时无法修复可提供备用机。 | | |
| 设备安装条件 | 设备安装是否有特殊场地要求 | 是□（包括但不限于水、电、辐射防护、屏蔽、房屋加固、信息网络等）  否□ | | |

备注：技术参数、配置清单需另附页，并加盖公章。

供应商名称： 授权代表签字：

时 间：