深圳市第二儿童医院

医疗设备临床调研报名表

|  |  |
| --- | --- |
| **公司名称** |  |
| **设备名称** | （与公告清单一致，医疗器械注册证名称可在后边括号标注） |
| **品牌** |  |
| **型号** |  |
| **专耗** | （若无专机专用耗材则填写无） |
| **产地** |  |
| **医疗器械注册证号** |  |
| **单价** | （标注单位） |
| **保修期** |  |
| **同型号产品**  **用户名单** | （重点列举深圳市内三甲医院用户名单） |
| **公司属性** | （厂家/代理） |
| **经营范围** | （一类/二类/三类） |
| **联系人** |  |
| **联系电话** |  |
| **联系邮箱** | （会议信息等通知发送此邮箱） |
| **公司法人身份证正面** |  |
| **公司法人身份证反面** |  |

**产品核心技术参数**

**（不少于15条）**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **技术参数** | **列举出本品牌外，**  **能满足该参数品牌≥2个**  **（必填★）** | **备注** |
| 1 |  | 品牌A，品牌B |  |
| 2 |  | 品牌A，品牌B |  |
| 3 |  | 品牌A，品牌B |  |
| 4 |  | 品牌A，品牌B |  |
| 5 |  | 品牌A，品牌B |  |
| 6 |  | 品牌A，品牌B |  |
| ... | （可添加行） | （可添加行） |  |
| **其它优势参数** | | | |
| 1 |  | |  |
| 2 |  | |  |
| 3 |  | |  |
| 4 |  | |  |
| ... | （可添加行） | |  |

**配置清单**

**（若有专机专用耗材另外附表）**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 名称 | 数量 | 单位 | 备注 |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |
| ... | （可添加行） |  |  |  |

**专机专用耗材清单**

**设备名称及型号：**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **耗材名称**  **（注册证）** | **品牌** | **型号** | **产地** | **包装规格** | **报价** | **生产厂家** | **医疗器械注册证号** |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ... | （可添加行） |  |  |  |  |  |  |  |

**维保期后配件报价**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 名称 | 数量 | 单位 | 单价 |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |

注：以上所有项目均需填写，有的填写详情，没有的填写“无”