|  |
| --- |
| **2023年英德市人民医院医疗设备项目信息汇总表** |
|  |  |  |  |
| 挂网项目名称 | 挂网项目序号 |
| 供应商名称 | 　 | 供应商为几级代理 |  |
| 供应商联系人及电话 | 　 | 供应商电子邮箱  |  |
| 厂家名称 | 　 | 设备产地 |  |
| 厂家联系人及电话 | 　 | 厂家电子邮箱  |  |
| 品 牌 （进口则写明中英文两种） | 　 | 规格型号 |  |
|
| **是否需要使用耗材、试剂： 是□ 否□（如实填写）** |
| 序号 | 耗材、试剂名称 | 型号 | 规格 | 数量 | 类别 | 收费情况 |
| 　 | 　 | 　 |  | 　 | □专机专用（耗材、试剂） | □耗材可单独收费**（请提供依据）** |
| □开放型耗材、试剂 | □耗材不可单独收费，与项目打包收费 |
| □易损易耗部件 | 　 |
| 　 | 　 | 　 |  | 　 | □专机专用（耗材、试剂） | □耗材可单独收费**（请提供依据）** |
| □开放型耗材、试剂 | □耗材不可单独收费，与项目打包收费 |
| □易损易耗部件 |  |
|  代表签名确认： 供应商名称：（公章） 年 月 日 |
| 说明：1、本设备若需使用耗材、试剂，但没有如实填写的视为虚假行为。2、凡涉及设备需使用的耗材、试剂的，必须提供医疗器械注册证及登记表（计量器具提供计量证、消毒类设备提供卫生部门批件、不作为医疗器械管理的要提供食品药品管理局的产品分类界定说明） |
|

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **项目名称** |  | **品 牌** |  |
| **设备产地** |  | **规格型号** |  |

**供应商名称（盖章）： 日 期：**

**单台医疗设备配置清单：（需详细、具体）**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **配置名称** | **品牌** | **规格型号** | **数 量** | **单 位** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

**注：不够填写可自行增加行。**

**用户名单：**

**项目名称：**

**推荐品牌： 推荐规格、型号：**

**推荐品牌、型号的注册证时间：**

**提供近3年内的同品牌、同型号用户名单和对应的成交记录（务必真实，我院会电话咨询抽查。如发现公司提供资料虚假，取消参会资格）（**如内容太多，可增加行数**）**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **用户名单** | **安装时间（年月）** | **用户联系人** | **用户联系人手机联系方式****（最好填写）** | **用户固话联系方式****（必填）** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

**注：另提交至少3家医院的成交记录佐证，佐证的发票或采购合同必须清晰（含品牌、型号、单价），如模糊不清视为无效佐证。**

**供应商名称（盖章）： 日 期：**