**福建省福州结核病防治院医疗设备市场调研表**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **一、产品情况** | | | |
| **项目序号** | （与清单项目序号一致） | **项目名称** | （与清单项目名称一致） |
| **型号规格** |  | **品牌** | （进口则写明中英文两种） |
| **产地** |  | **可使用年限** |  |
| **生产厂家** |  | **联系人及联系电话** |  |
| **供应商** |  | **联系人及联系电话** |  |
| **供应商为几级代理** |  | **电子邮箱** |  |
| **厂家、供应商资质审查** | **供应商营业执照**  证号：  有效期： | **供应商医疗器械经营许可证**  证号：  有效期： | |
| **供应商医疗器械经营备案证**  证号：  有效期： | **产品授权书**  授权单位：  授权期限： | |
| **产品注册证/备案证**  证中产品名称：  注册证编号(全)：  有效期： | **厂家营业执照**  证号：  有效期： | |
| **厂家医疗器械生产许可证**  证号：  有效期： | **厂家医疗器械经营许可证（如有）**  证号：  有效期： | |
| **其他资料** | **产品配置：**有□ 无□；  **产品参数：**有□ 无□：  **产品彩页**：有□ 无□；  **用户名单：**有□ 无□；  **成交记录：**有□ 无□；  **授权书：**有□ 无□；  **售后服务承诺书：**有□ 无□；    **不需耗材的保证函：**有□ 无□；  **★设备信息端口开放情况：**有□ 无□； **设备信息端口与我院信息系统无缝对接情况：**是□ 否□**（如可以无缝对接，费用是否免费：**是□ 否□报价：  元**）**  **★电源要求：配置稳压电源或UPS等：**是□ 否□**（费用是否免费：**是□ 否□报价：  元**）**  **★生产企业是否列入中小微企业：**是□ 否□（是否提供声明函是□ 否□）  **★人员进修、培训方案（至少3名专科人员，在三甲医院或有此设备的专科医院内进行至少三个月的进修学习）：**  **。**  **★所投大型设备（甲、乙类）需第三方监测（如验收、房屋建设、场地评估、环境评估、风险评估等）的所有项目需列明报价，或是否包含在项目报价里，必须作一说明：**  **。**  **其他：**  **。** | | |
| **二、产业发展情况** | | | |
| **设备使用方向，学科发展前景** | **必填** | | |
| **三、产品对比**（要求与市场上至少两个主流的品牌进行对比） | | | |
| **1、功能、技术：**其他品牌没有，本品牌产品独有。   |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | **功能、技术** | **本品牌/型号** | **竞品1/型号** | **竞品2/型号** | **竞品3/型号** | | 功能1 |  |  |  |  | | 功能2 |  |  |  |  | | 功能3 |  |  |  |  |   **2、特点（含技术参数、操作性）：**（本品牌的产品优势）   |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | **设备特点** | **本品牌/型号** | **竞品1/型号** | **竞品2/型号** | **竞品3/型号** | | 技术参数 |  |  |  |  | | 操作性 |  |  |  |  | | ... |  |  |  |  | | | | |
| **四、产品市场占有及销售记录** | | | |
| 1.提供福建省(优先)或其他省份二级或三级医院客户名单，能证明本品牌产品市场占有率的文件。  2.提供福建省(优先)或其他省份**至少三家**二级或三级医院成交记录，成交记录证明材料可为政府采购网截图、中标通知书、合同或发票等材料，成交记录证明材料需附后。   |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | **序号** | **医院名称** | **型号** | **购买时间** | **成交单价**  **（万元）** | | 1 | 甲医院 |  |  |  | | 2 | 乙医院 |  |  |  | | 3 | 丙医院 |  |  |  | | | | |
| **供应商确认** | |  |  | | --- | --- | | 拟销售价格： | 免费保修期： | | 最终销售价格： | 免费保修期： | | 能否提供备用机：能□ 否□ | 续保价格： | | 其他：以上报价有效期为个月。 | |   **本公司承诺提交的资料与上述填写信息真实、有效，如有虚假，本公司承担由此引起的一切责任。**  **签名确认：**  **公司名称：（公章）**  **年     月     日** | | |

备注：该调研表需提供word版。