**附件：**

**文件包装封面参考**

|  |
| --- |
| **深圳市龙华区人民医院\*\*\*\*采购项目****调研资料汇报资料****供应商名称：****供应商地址：****（此处加盖供应商单位公章）** |

**目录**

[1. 医疗设备购置信息咨询一览表 4](#_Toc130573023)

[2. 报名资质材料 5](#_Toc130573024)

[1.1 公司三证 5](#_Toc130573025)

[1.2 厂家授权书 5](#_Toc130573026)

[1.3 投标人法定代表人证明及授权委托书（格式自拟） 5](#_Toc130573027)

[3. 产品信息 6](#_Toc130573028)

[4. 技术参数 7](#_Toc130573029)

[5. 配置清单 11](#_Toc130573030)

[6. 设备易损件 13](#_Toc130573031)

[7. 配套试剂耗材 14](#_Toc130573032)

[8. 商务联络 15](#_Toc130573033)

[9. 价格信息 16](#_Toc130573034)

[7.1 同型号设备销售发票或合同 17](#_Toc130573035)

[10. 产品彩页（另附PDF） 18](#_Toc130573036)

# 医疗设备购置信息咨询一览表

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 设备名称： |  | 产地及品牌： |  |
| 型号：  |  | 报价（万元）: |  | 质保期： |  |
| 注册证名称及注册证号: |  | 设备类型: |  |
| 设备用途: |  |
| 该型号近期中标单位名称及中标价（至少3家） 请注明具体时间  | 1. 医院名称： 成交价格（万元）：

中标时间： 年 月 日  |
| 1. 医院名称： 成交价格（万元）：

中标时间： 年 月 日  |
| 1. 医院名称： 成交价格（万元）：

中标时间： 年 月 日  |
| 交货周期： | 90天 | 质保期维保： | 1、整机1年： 万元  |
| 1. 整机3年： 万元
 |
| 3、整机5年以上： 万元 |
| 有无配套耗材试剂： | □有 □无 | 若有属于开放/封闭 | □ 开放 □封闭 □无 |
| 价格应包含： | 1. 所提供的货物，若有硬件设备，需要具备常规标准数据传输接口，附带业务软件若需要与医院HL7集成平台、HIS、LIS、PACS、HRP等系统连接，产生的软件接口开发、调试等费用。
2. 设备的包装、运输、保险、装卸、安装调试、培训、商检及计量检测、控评等费用。
 |

# 报名资质材料

* 1. **公司三证**
	2. **厂家授权书**
	3. **投标人法定代表人证明及授权委托书（格式自拟）**

# 产品信息（查询网址[https://www.nmpa.gov.cn/datasearch/home-index.html?79QlcAyHig6m=1644483118613#category=ylqx](https://www.nmpa.gov.cn/datasearch/home-index.html?79QlcAyHig6m=1644483118613" \l "category=ylqx)）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **一级类别** |  | **二级类别** |  | **产品类别** | III类 |
| **调研设备名称** |  |
| **注册证编号** |  |
| **注册人名称** |  |
| **注册人住所** |  |
| **生产地址** |  |
| **产品名称** |  |
| **管理类别** |  |
| **型号规格** |  |
| **结构及组成/主要组成成分** |  |
| **适用范围/预期用途** |  |
| **产品储存条件及有效期** |  |
| **其他内容** |  |
| **备注** |  |
| **审批部门** |  |
| **批准日期** |  |
| **有效期至** |  |
| **变更情况** |  |

# 技术参数（请勿修改此格式，如有补充请在其它栏按此格式补充）

|  |  |
| --- | --- |
| **参数性能/功能项** | **具体技术参数** |
| 主要配置与技术规格要求 |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

# 配置清单（指注册证所对应型号的标准货物清单，必填，表格不够自行添加）

|  |
| --- |
| **标准配置清单** |
| 填写说明：1、需逐一列明各主要分项报价； 2、清单列明的配置均视为包含在总报价内的配置 |
| 序号 | 名称 | 品牌型号 | 产地 | 数量 | 单位 | 原值（万元） | 是否有独立于主机的注册证 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| **选配配置清单** |  |
| 序号 | 名称 | 品牌型号 | 品牌 | 产地 | 数量 | 原值（万元） | 是否有独立于主机的注册证 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

# 设备易损件（设备配件□，无□ 选填）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 名称 | 规格型号 | 品牌 | 单位 | 市场单价（万元） |
| 1 | 无 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |  |

# 配套试剂耗材（□有，☑无 选填）

|  |  |
| --- | --- |
| 序号 | 产品基础信息 |
| 产品注册名称 | 产地品牌 | 规格 | 型号 | 最小计量单位 | 最小计量单位报价价格 | 包装规格 | 生产厂家名称 | 注册证号 | 注册证产品适用范围△ |
| 1 | 无 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

# 商务联络

|  |
| --- |
| **厂家信息（国内办事处）** |
| 厂家名称（国内办事处） | 西门子医疗系统有限公司 | 联系人 | 王卓群 |
| 固定电话 |  | 手机号码 | 13590148750 |
| **一级代理** |
| 一级代理商名称 |  | 联系人 |  |
| 固定电话 |  | 手机号码 |  |
| **提供资料供应商** |
| 供应商名称 |  | 联系人 |  |
| 固定电话 |  | 手机号码 |  |

# 价格信息

|  |
| --- |
| **设备与质保（必填）** |
| 推荐型号 |  | 设备报价 |  |
| 质保期（设备报价包含） |  | 质保年费（质保期外） |  |
| 最快交货时间：自合同签订之日起90个日历日内。 |
| **市场价格（列举广东省内三级医院，必填）** |
| 使用医院 |  | 中标型号 |  | 中标价格 |  | 购置时间 |  |
| 使用医院 |  | 中标型号 |  | 中标价格 |  | 购置时间 |  |
| 使用医院 |  | 中标型号 |  | 中标价格 |  | 购置时间 |  |

* 1. **同型号设备销售发票或合同**

# 产品彩页（另附PDF）

**提供资料供应商**：（供应商名称）（盖章）