附件2：

**昆明市呈贡区龙城街道社区卫生服务中心设备采购咨询一览表**

填写日期： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 设备名称  （医疗器械注册证名称） | 品牌 | 型号 | 制造商 | | 产地 | 设备注册证号 | 使用年限  （以注册证或使用说明书为准） | 市场销售最低价  （人民币元） |
| 设备名称：  XXXX  （医疗器械注册证名称） | XXXX | XXXX | XXX | | XXX | 国械注准2018XXXXXXX  或国械注进2018XXXXXXX  或“无” |  | （选配项独立报价） |
| 生产厂家是否属于中型、小型、微型企业：□中型、□小型、□微型 | | | | | | | | |
| 此报价设备性能情况 | | | | | | | | |
| 基础参数（详细填写）： | | | | | 特异性参数（详细填写）： | | | |
| 此报价设备配置清单  （标注标配和选配项） | 例如：1、主机（1台）；  2、探头（3个）；  3、图文工作站（1台）；  …… | | | | 配套耗材/其他 | 耗材1：XXX，单价XX元/套；  耗材2：XXX，单价XX元/套；  …  耗材是否专机专用： □是/□否； | | |
| 服务承诺（质保、维保、驻昆工程师等） | 质保: 年； 维修响应时间：响应时间： 小时，到达现场处置时间： 小时；  供货期： 天；设备故障是否提供备用机：□是/□否；  有（ ）名常驻昆明厂家工程师；  可提供的其他免费服务： | | | | 近三年内中标情况 | 近三年内中标情况包括：中标时间、中标型号、中标价格、采购机构等信息； | | |
| 产品投入市场时间 |  | | | | 同型号设备国内/省内二甲及以上医院装机情况： | |  | |
| 报名公司名称（盖章）： |  | | | | 公司属性 | □厂家/□总代理/□区域代理/□其他： | | |
| 报名公司项目负责人： |  | 联系电话： | |  | 宣讲人： |  | 联系电话： |  |

注意事项：

1.一项设备只填写一张产品信息征询表，如同时有多种设备，请分别填写。设备名称必须与医院公示的设备名称一致，若与医疗器械注册证或使用说明书不一致，在括号内附加说明；

2.设备配置清单必须在一个单元格内填写，不能后附附件；

3.请认真填写基础参数、特异性参数，两个参数将作为招标中重要的参考信息。基础参数为设备通用参数、基础技术参数，特异性参数为不同厂牌设备专有技术参数；

4.不允许合并/拆分单元格；

5.以上字段均为必填项；

6.如不严格按格式填写，视为无效。