**调研内容表**

|  |  |
| --- | --- |
| **医院项目编号名称** | 202212001医疗设备调研 |
| **项目内设备序号及名称** |  |

**一、报名参与调研产品情况：（含完整配置的设备价格）**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **推荐的产品名称** |  | |
| **品牌及型号** |  | |
| **注册证号** |  | |
| **生产厂家** |  | |
| **厂家销售人员姓名及联系电话** |  | |
| **设备报价**  **（单位：万元）** | 整机保修一年 |  |
| 整机保修>1年 | 保修\*\*年，含保修总价\*\*\*\*元 |

**二、技术参数及配置清单：请填写《附件2：产品技术参数及配置清单明细表》。将电子表格原件发邮箱。**

**三、产品相关资质：以下材料可扫描后发邮箱或邮寄纸质版。**

1、产品资质：

（1）医疗设备需要提供医疗器械注册证及其附页、技术要求，或备案凭证及备案信息表；

（2）产品彩页。

2、厂家资料（必须提供）：

（1）医疗器械生产企业许可证（或医疗器械经营许可证、第二类医疗器械经营备案凭证）；

（2）企业营业执照。

（3）厂家销售人员名片扫描件。

3、若非厂家或进口产品注册代理人提供资料，建议提供以下材料，以免被判定为无授权不能保障售后的产品，不被列入论证：

（1）医疗器械经营企业许可证（或第二类医疗器械经营备案凭证，且所代理产品需在经营范围内）；

（2）企业营业执照；

（3）进口产品需要厂家给代理商的授权书（授权书要可追溯至厂家）；

（4）报价人员授权资料：被授权人最近三个月在报价的供应商缴交社保的有效证明和法人授权书（含法人及被授权人身份证复印件）；

**四、维修零配件报价(易损件及主要部件)：**

1、维修报价表：名称、规格/型号、市场报价、优惠价。销售给其他同级医院的设备主要零配件的发票复印件，如无法提供发票复印件，请提供厂家说明函。

2、厂家提供的售后服务授权书或厂家售后服务承诺书(厂家承诺保修期)。

**五、配套耗材/试剂报价：如果不使用耗材/试剂，请提供厂家出具不需专机专用耗材的保证函；如使用耗材/试剂，请填写《附件3：配套耗材试剂明细表》；同时提供以下资料：**

1、产品资质：（1）医疗器械注册证及其附页或备案凭证及备案信息表（如有）；（2）产品彩页。

2、厂家资质：（1）医疗器械生产企业许可证（或医疗器械经营许可证、第二类医疗器械经营备案凭证）；（2）企业营业执照。

3、销售给其他同级医院的耗材发票复印件（三甲医院不少于3家）。

**六、场地需求：**提交设备安装的场地需求说明（基建、防护、屏蔽、供电、供水、供气、信息化）及操作人员资质要求。

**七、市场占有及销售记录：**

1.提供海南或广东省三甲医院客户名单或全国知名医院用户，相关能证明拟报名品牌产品市场占有率的文件（例如用户名单，需要有联系电话可确认的）。

2.提供其它不少于3家三甲医院成交记录（海南或广东省三甲医院优先），需要提供合同（含配置清单）复印件或发票复印件或中标通知书或进关单复印件证明。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **医院名称** | **购买时间** | **成交单价**（万元） |
| **1** |  |  |  |
| **2** |  |  |  |
| **3** |  |  |  |

**本公司郑重承诺，我公司所提交的上述资料均真实有效，如有虚假，将依法承担相应责任。**

**公司（盖章）：**

**被授权人签字：**

**日期： 年 月 日**