深圳大学平湖医院

医用设备临床调研报名表

|  |  |
| --- | --- |
| **公司名称** |  |
| **设备名称** |  |
| **品牌** |  |
| **型号** |  |
| **配套耗材** | （若无专机专用耗材则填写无） |
| **产地** |  |
| **医疗器械注册证号** |  |
| **单价（万元）** |  |
| **保修期** |  |
| **同型号产品****用户名单** | （重点列举广东省内用户名单） |
| **公司属性** | （厂家/代理） |
| **经营范围** | （一类/二类/三类） |
| **联系人** |  |
| **联系电话** |  |
| **联系邮箱** |  |
| **公司法人身份证正面** |  |
| **公司法人身份证反面** |  |

注：①如有专机专用耗材，请提供该耗材近两年在本市的成交价（提供中标通知书、合同、发票复印件不少于三家）。

**产品核心技术参数**

**（不少于15条）**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **技术参数** | **列举出本品牌外，****能满足该参数品牌≥2个****（必填★）** | **备注** |
| 1 |  |  |  |
| 2 |  |  |  |
| 3 |  |  |  |
| 4 |  |  |  |
| 5 |  |  |  |
| 6 |  |  |  |
| 7 |  |  |  |
| **其它优势参数** |
| 1 |  |  |
| 2 |  |  |
| 3 |  |  |
| 4 |  |  |
| 5 |  |  |

  **配置清单**

**（若有专机专用耗材另外附表）**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 名称 | 数量 | 单位 | 备注 |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |

**维保期后配件报价**

|  |  |
| --- | --- |
| 后续运行维护及费用情况（含耗材的通用性及其价格、售后服务点、工程师、零配件的易获得性） |  |
| 售后服务及支持方（包括培训） |  |