附件2：

**医疗耗材市场调研专用表**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **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） | |  |
| **供应商名称(盖章)** |  | **供应商为几级代理** | |  |
| **品 牌**  **（**进口写明品牌中文名**）** |  | **规格型号** | |  |
| **市场价格** |  | **拟供货价（含税）** | |  |
| **平台最低限价** |  | **外省市集中招标采购中标价格** |  | |
| **含税进货价** |  | **供应商联系人** | |  |
| **联系人手机** |  | **公司固话** | |  |
| **厂家名称** |  | **厂家联系人/手机** | |  |
| **供应商资质审查** | **营业执照**  证号：  有效期： | **医疗器械注册证**  证中产品名称：  注册证编号(全)：  有效期： | | |
| **医疗器械经营许可证**  证号：  有效期： | **产品授权书**  授权单位：  授权期限： | | |
| **厂家资质审查** | **营业执照**  证号：  有效期： | **医疗器械生产许可证**  证号：  有效期： | | |
| **其他资料** | **产品参数：**有□ 无□： **产品彩页**：有□ 无□；  **用户名单：**有□ 无□； **成交记录：**有□ 无□；  **厂家质量保证书：**有□ 无□； **其他：** | | | |
| **供应商确认** | **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** | | | |