|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **2023年佛冈县人民医院医疗设备项目信息汇总表** | | | | | | | | | |
|  | |  | | |  | | |  | |
| 挂网项目名称 | | 挂网项目序号 | | |
| 供应商名称 | |  | | | 供应商为几级代理 | | |  | |
| 供应商联系人及电话 | |  | | | 供应商电子邮箱 | | |  | |
| 厂家名称 | |  | | | 产地 | | |  | |
| 厂家联系人及电话 | |  | | | 厂家电子邮箱 | | |  | |
| 品 牌  （进口则写明中英文两种） | |  | | | 规格型号 | | |  | |
|
| **是否需要使用耗材： 是□ 否□** | | | | | | | | | |
| 序号 | 耗材、试剂名称 | | 型号 | 规格 | | 数量 | 类别 | | 收费情况 |
|  |  | |  |  | |  | □专机专用（耗材、试剂） | | □耗材可单独收费 |
| □开放型耗材、试剂 | | □耗材不可单独收费，与项目打包收费 |
| □易损易耗部件 | |  |
|  |  | |  |  | |  | □专机专用（耗材、试剂） | | □耗材可单独收费 |
| □开放型耗材、试剂 | | □耗材不可单独收费，与项目打包收费 |
| □易损易耗部件 | |  |
| 代表签名确认：  供应商名称：（公章）  年 月 日 | | | | | | | | | |
| 说明：1、本设备若需使用耗材但没有如实填写的视为虚假行为。  2、凡涉及设备需使用的耗材、试剂的，必须提供医疗器械注册证及登记表（计量器具提供计量证、消毒类设备提供卫生部门批件、不作为医疗器械管理的要提供食品药品管理局的产品分类界定说明） | | | | | | | | | |
|

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **设备名称** |  | **品 牌** |  |
| **产 地** |  | **型 号** |  |

**供应商名称（盖章）： 日 期：**

**单台医疗设备配置清单（需详细、具体）：**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **名 称** | **规格型号** | **数 量** | **单 位** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**注：不够填写可自行增加行。**

**用户名单：**

**项目名称：**

**推荐品牌： 推荐型号：**

**推荐品牌、型号的注册证时间：**

**提供近3年内的同品牌、同型号用户名单和对应的成交记录（务必真实，我院会电话咨询抽查。如发现公司提供资料虚假，取消参会资格）（**如内容太多，可增加行数**）**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **用户名单** | **安装时间（年月）** | **用户联系人** | **用户联系人手机联系方式**  **（最好填写）** | **用户固话联系方式**  **（必填）** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

**注：另提交至少3家医院的成交记录佐证，佐证的发票或采购合同必须清晰（含品牌、型号、单价），如模糊不清视为无效佐证。**

**供应商名称（盖章）： 日 期：**