**市场调研表**

**一、报名参与调研产品情况：（含完整配置的设备报价）**

|  |  |
| --- | --- |
| 产品名称 |  |
| 品牌及型号 |  |
| 生产厂家及联系电话 |  |
| 供应商及联系电话 |  |
| 保修5年的设备价格（单位：万元） | 单价： | 总价： |

1. **设备特点：**

**（请列举说明）**

1. **设备优点：**

**（请列举说明）**

1. **对比表：**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 参数内容 | 贵品牌型号产品 | 竞品1 | 竞品2 | 竞品3 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
|  |  |  |  |  |

（**要求市场上主流的品牌进行对比，至少与两个品牌进行对比）**

1. **可操作性：设备使用操作方面的优点。**

**（请列举说明）**

1. **技术参数：提供贵公司产品完整的技术参数。**

**（请列举说明）**

1. **配置清单：提供贵公司产品完整的配置清单。**

**（请列举说明）**

1. **产品彩页：产品彩页要完整。**

**（请列举说明）**

1. **同型号产品市场占有及销售记录：**

列举近三年至少三个广东省三甲医院或全国知名三甲医院用户名单、采购时间、最终成交价格、保修年限。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **医院名称** | **购买时间** | **成交单价**（万元） | **保修年限** |
| **1** |  |  |  |  |
| **2** |  |  |  |  |
| **3** |  |  |  |  |
| **4** |  |  |  |  |

1. **专机专用耗材/试剂报价：（若无，此项可不填）**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **专机专用耗材/试剂名称** | **型号/规格** | **生产厂家** | **医疗器械注册证号/备案号** | **报价** |
| **1** |  |  |  |  |  |
| **2** |  |  |  |  |  |
| **3** |  |  |  |  |  |
| **4** |  |  |  |  |  |

1. **场地需求：**

**（请列举说明）**