附件2：

**5万元内小额医用设备市场调研表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **项目序号**  （与清单项目序号一致） | |  | | | | **产品名称**  （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**  （进口则写明中英文两种） | |  | | | | **规格型号** |  |
| **市场价格（元）** | |  | | | | **拟供货价（元）** |  |
| **供应商联系人** | |  | | | | **联系人手机** |  |
| **电子邮箱** | |  | | | | **厂家名称** |  |
| **厂家联系人手机** | |  | | | | **产地** |  |
| **供应商资质审查** | | **营业执照**  证号：  有效期： | | | | **医疗器械注册证**  注册证上的产品名称：  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： | |
| **是否配套耗材** | | □**非专机专用医用耗材**  □**设备配套使用医用耗材**  （耗材名称： 品牌及型号： ） | | | | | |
| **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：** | | | | | |
| **序号** | **设备名称** | | **规格** | **优惠单价** | **备注** | | |
|  |  | |  |  |  | | |
| **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** | | | | |