**报名表**

南通市第二人民医院：

根据贵院网站康复设备技术了解公告，我公司愿意参与以下设备项目技术了解，具体报名信息如下：

设备名称：

品牌：

生产企业：

联系人：

手机号码：

电子邮箱：

公司名称（盖章）：

报名日期：

**医疗设备市场情况了解表**

公司全称（盖章）：

项目编号：设备名称：

数量：一套

报价日期：年月日价格单位（人民币）：元

联系人：联系电话：

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 品牌 | 　 | 型号 | 　 |
| 注册证名称 | 　 | 注册证号 | 　 |
| 生产企业名称 | 　 | 保修期 | 　 |
| 价格（元） | 大写： |
| 选配项目及价格 | 项目名称 | 价格（元） |
| （行数不够请另附） | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 |
| 技术规格初步要求符合情况（请另附技术规格要求符合情况表） | 　 |
| 其他优惠条件 | 　 |
| 同品牌、同型号临近城市用户 | 　 |
| 供货时间 | 自中标后天内 |
| 配套耗材情况**（非专机专用的耗材请提供南通市中标目录中的相应耗材情况）** | 耗材名称 | 规格型号 | 南通市中标代码 | 中标单价 | 是否专机专用 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |

**标准配置清单**

公司全称（加盖公章）：

|  |  |
| --- | --- |
| 设备名称： | 品牌： |
| 型号： | 日期： 年 月 日 |
| 序号 | 名称 | 规格 | 数量 | 备注 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |

**选择配置清单**

公司全称（加盖公章）：

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 设备名称： |  | 品牌： |
| 型号： |  | 日期： 年 月 日 |
| 序号 | 名称 | 规格 | 数量 | 单价 | 备注 |
| 　 | 　 | 　 | 　 |  | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 |  | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 |  | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 |  | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 |  | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 |  | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 |  | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 |  | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 |  | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 |  | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 |  | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 |  | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 |  | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 |  | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 |  | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 |  | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 |  | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 |  | 　 |