**报名表**

南通市第二人民医院：

根据贵院网站医疗设备技术了解公告，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）：

设备名称：

数量：

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： | | 设备使用年限（以设备铭牌为准） | | | |  |
| 江苏省收费编码及名称 | |  | | | 收费标准 |  | |
| 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、同型号江、浙、沪地区用户 | |  | | | | | |
| 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江苏省中标目录中的相应耗材情况）** | | 耗材名称 | 规格型号 | 江苏省中标代码 | | 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 |
|  |  |  | |  |  | |  |
|  |  |  | |  |  | |  |
|  |  |  | |  |  | |  |
|  |  |  | |  |  | |  |
|  |  |  | |  |  | |  |
|  |  |  | |  |  | |  |
|  |  |  | |  |  | |  |
|  |  |  | |  |  | |  |
|  |  |  | |  |  | |  |
|  |  |  | |  |  | |  |
|  |  |  | |  |  | |  |
|  |  |  | |  |  | |  |
|  |  |  | |  |  | |  |
|  |  |  | |  |  | |  |
|  |  |  | |  |  | |  |
|  |  |  | |  |  | |  |
|  |  |  | |  |  | |  |
|  |  |  | |  |  | |  |