|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 附件3  自贡市自流井区人民医院市场调研表 | | | | |
| 产品信息 | 产品名称/注册证名称 |  | 规格型号 |  |
| 生产厂家 |  | | |
| 产品报价（万元） |  | | | |
| 注册证号及  备案号 |  | | | |
| 主要参数 |  | | | |
| 标配及功能 |  | | | |
| 选配及功能 |  | | | |
| 是否产生耗材 |  | | | |
| 设备使用期限 |  | | | |
| 市场占有率 |  | | | |
| 公司名称（盖章） |  | | | |
| 日期 |  | | | |
| 说明：1、产品名称与医疗注册证一致； 2、如有影响产品价格的因素，在产品报价栏说明； 3、报价单需加盖公章并密封邮寄或交至医学装备科； 4、如产品有宣传彩页可在提供报价表时一起邮寄或者交至医学装备科；  5、如需使用配套耗材，请列全所有规格、型号及价格；如未列出，则视为无耗材。  6、提供使用该型号的三家以上医院明细，并提供佐证资料，合同或发票复印件附后，请注明保质期等情况。  7、联系电话：0813-5890986 | | | | |