**附件：**

市场调研资料目录

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **序号** | **市场调研资料目录** | **对应页码** |
| 1 | 市场调研专用表 | 第 页 |
| 2 | 报价单 | 第 页 |
| 3 | 设备配置清单 | 第 页 |
| 4 | 医疗器械注册/备案证（如有附件需附） | 第 页 |
| 5 | 产品授权书 | 第 页 |
| 6 | 生产商证件：生产商营业执照、医疗器械生产企业许可证（含产品登记表）/医疗器械经营许可证 | 第 页 |
| 7 | 代理商企业证件：代理商营业执照、医疗器械经营企业许可/二类经营备案证 | 第 页 |
| 8 | 报名单位法人证明、法人授权人证明 | 第 页 |
| 9 | 同型号销售记录**（提供近3年至少3家三甲医院或科研机构的发票、合同、中标通知书等证明及配置清单）** | 第 页 |
| 9.1 | XX医院（含配置） | 第 页 |
| 9.2 | XX医院（含配置） | 第 页 |
| 9.3 | XX医院（含配置） | 第 页 |
| 10 | 耗材/试剂报价发票证明（如有）**（提供广东省、深圳市3家以上三甲医院/科研机构近一年收费价格发票）** | 第 页 |
| 10.1 | XX医院耗材/试剂发票 | 第 页 |
| 10.2 | XX医院耗材/试剂发票 | 第 页 |
| 10.3 | XX医院耗材/试剂发票 | 第 页 |
| 11 | 售后服务承诺书 | 第 页 |
| 12 | 设备技术参数 | 第 页 |
| 13 | 产品彩页 | 第 页 |
| 14 | 设备安装施工图（如有） | 第 页 |

注：报名单位按目录顺序提供调研资料报名。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **市场调研专用表**  此表采用A4纸**双面打印，**加盖公司**印章**；**电子版**根据调研会议通知**提前**提交。 | | | | | | | | | | | | | | |
| 设备名称 |  | | | | | | | | | | | | | |
| 报价(万) |  | | | | | | 使用科室 | |  | | | | | |
| 产地及品牌 |  | | | | | | 型号规格 | |  | | | | | |
| 生产厂家 |  | | | | | | 厂家联系人/**手机号码** | |  | | | | | |
| 供应商 |  | | | | | | 供应商联系人/**手机号** | |  | | | | | |
| **市场调研会务联系邮箱**：  用于会务时间、注意事项、后续通知，**请保证邮箱使用人项目跟进期间留意邮箱** | | | | | | | | | | | | | | |
| 资格审查 （自查√；资料按序号排序作为调研附件） | 1、报价单（ ） | | | | | | 2、医疗器械生产、经营许可证（ ） | | | | 3、**进口**产品授权书（ ） | | | |
| **4、注册证号（ ）**  **有效期截止时间（ 年 月）\*距填表时间截止期不足半年的，需提交续期证明：如续期受理函等** | | | | | | **5、**生产、经营营业执照（ ） | | | | 6、法人证明（）  法人授权人证明（） | | | |
| 同型号销售记录（**必须包含成交配置清单**） | **1、**优先提供深圳、广州三甲医院、妇幼保健医院含配置的成交记录  2、有效**证明资料包括：合同（含配置）、投标文件（含配置及参数页面）、招标文件（含配置及参数页面）、有载明配置的开箱报告、验收报告；资料作为附件** | | | | | | | | | | | | | |
| 1.医院名称 成交价格（万元）： | | | | | | | | | | | | | |
| 2.医院名称 成交价格（万元）： | | | | | | | | | | | | | |
| 3.医院名称 成交价格（万元）： | | | | | | | | | | | | | |
| **单台/套配置清单** | 填写说明：1、需逐一列明各主要分项报价；2、清单列明的配置**均视为包含在总报价内**的配置；3、**根据实际自行添加行或删除空白行** | | | | | | | | | | | | | |
| 序号 | 配置名称 | | 品牌型号 | | 产地 | | 数量+单位 | | | 单价（万元） | | | | 是否有独立于主机的注册证 |
|  |  | |  | |  | |  | | |  | | | |  |
|  |  | |  | |  | |  | | |  | | | |  |
|  |  | |  | |  | |  | | |  | | | |  |
|  |  | |  | |  | |  | | |  | | | |  |
| 耗材/试剂件情况  **\*根据实际自行添加行** | 注册证名称（厂家+规格+注册证号） | | 包装规格 | | 是否专机专用 | | 是否已准入我院 | | | 是否可收费（单独/与项目打包） | | | 报价（元）： | 优惠价（元）：  （现场填写） |
| 耗材1： | |  | |  | |  | | |  | | | 最小单位报价： |  |
| 广东省、深圳市3家以上三甲医院近一年收费价格（元）：  1.（**医院名+收费价格+最小单位成交价**）；  2.（**医院名+收费价格+最小单位成交价**）；  3.（**医院名+收费价格+最小单位成交价**）； | | | | | | | | | | | | | |
| 试剂1： | |  | |  | |  | | |  | | | 人均每人份价格： |  |
| 广东省、深圳市3家以上三甲医院近一年收费价格（元）：  1.**（医院名+收费价格+人均每人份价格）；**  2.**（医院名+收费价格+人均每人份价格）；**  3.**（医院名+收费价格+人均每人份价格）；** | | | | | | | | | | | | | |
| 说明：1、**请提供**广东省、深圳市3家以上三甲医院**耗材/试剂发票，作为报价依据；**  2、设备如需专用耗材请列明，未列视为永久赠送。 | | | | | | | | | | | | | | |
| **质保期外**整机维保、易损件维修报价**（可自行添加行）** | 项目名称 | 报价（万元）： | | | | | | **优惠价（万元）：**  **（现场填写）** | | | | | | |
| 整机维保 | 1年： | | 3年： | | 5年： | | **1年：** | | | | **3年：** | | **5年：** |
| 易损件1： |  | | | | | |  | | | | | | |
| **供应商确认** | **最终报价（万元）（现场填写）：** | | | | | | | **原厂整机质保期（至少3年）：** | | | | | | |
| **原厂整机最终质保期：** | | | | | | |
| **承诺：本公司接受医院主管部门最终批复的预算，所有承诺有效期至项目结束。** | | | | | | | | | | | | | |
| 价格应包含下述内容： 1）用户需求内的所有硬件以及软件费用； 2）相关技术服务费用：安装、调试、培训、至少3年免费全保修等，如为放射诊疗设备、压力容器，须要包括有资质第三方验收检测的费用。 注：本公司承诺上述信息真实、有效，如有虚假，本公司承担由此引起的一切责任。 | | | | | | | | | | | | | |
| 盖章确认： 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | |
| 项目负责人签名 |  | | | | | | | | | | | | | |