|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **重庆市急救医疗中心（重庆市第四人民医院）**  **采购需求调查表** | | | |
| 设备名称 （注册证名称） |  | 对应需求明细表序号 |  |
| 注册证号 |  | 设备品牌 |  |
| 设备型号 |  | 产地 |  |
| 同类产品 （列举品牌） |  | | |
| 制造商名称 |  | 制造商企业规模 |  |
| 经销商名称 |  | 经销商企业规模 |  |
| 联 系 人 |  | 联系电话 |  |
| 联系地址 |  | 邮 箱 |  |
| 本次承诺报价  （单价） |  | | |
| 本次承诺报价  （总价） |  | | |
| 承诺交付期 |  | | |
| 承诺质保期 |  | | |
| 设备主要技术参数 |  | | |
| 设备配置 |  | | |
| 可能涉及的运行维护、升级更新、备品备件、耗材等后续服务情况 |  | | |
| 产品对房屋、水电条件特殊要求情况 |  | | |
| 产品对排污、放射有特殊要求情况 |  | | |
| 产品对零配件、消耗品来源有特殊要求情况 |  | | |
| 补充服务承诺 （包括但不限于售后服务、设备维保服务、设备更新升级、提供备品备件、专用耗材等） |  | | |
| 3年内最低 中标单价及项目名称 |  | | |
| 其他需要注明的事项以及对此次采购的意见与建议 |  | | |

报送单位（盖章）：

时间：

**一、推荐产品简介**

**二、资质（包括产品医疗器械注册证，设备制造商和经销商的资质及授权）**

**三、推荐产品的用户名单（包括用户名称、产品数量及具体型号、联系人及联系方式）**