**汕头大学精神卫生中心设备调研附件2-5**

**附件2-1：市场调研报价一览表（模板）**

**分项报价**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 调研序号 | 采购名称 | 数量 | 集采报价（万元） |
| 单价 | 总价 |
| 如：SDJWSGBDY2024001 | 如：彩色超声诊断仪 |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 方案总价（万元）： |  |

**（注：若供应商可同时供应几种设备，需另行填写方案总价，当同时存在几个方案总价时，可另起报价表填写。）**

**附件2-2：设备配套耗材报价一览表（模板）**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 对应设备调研序号 | 产品药交ID | 产品名称 | 厂家（品牌） | 规格 | 单位（试剂为人份） | 单价（元） | 最小配送单位 | 国家医保局耗材代码（若有） | 耗材代码对应名称（若有） |
| 如：SDJWSGBDY2024001 | 2256314 | 一次性使用清创缝合换药包 | 南昌卫材医疗器械有限公司 | 200个/件  | 个 | 5.5 | 个 | C14020226500012022980000001 | 一次性使用清创缝合换药包 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**附件3：设备市场调研表(每个产品填1张表格)**

**设备调研编号：（如：SDJWSGBDY2024001） 日期：**

|  |  |
| --- | --- |
| **采购项目名称****（数量）** |  |
| **品牌** |  | **规格型号** |  |
| **生产企业** |  | **产地** |  |
| **供货商** |  | **电话****邮箱** |  |
| **资质审查** | **营业执照**有□ 无□ | **医疗器械注册证**注册号(全)： |
| **医疗器械经营许可证**证号： | **授权书**授权单位：授权期限： |
| **专用耗材：有□ 无□****可否独立收费：可□ 否□**（如耗材较多，请填写至附件1-2、2-2） | 耗材1：  | 报价： 优惠价：  |
| 耗材2：  | 报价： 优惠价： |
| **销售记录： 有□ 无□****其他医院成交记录：**(限2023-2024年，广东省内医院、附三家以上医院成交记录优先) | 1.医院名称： 成交价格： 成交日期： 成交数量： 其他说明：2.医院名称： 成交价格： 成交日期： 成交数量： 其他说明：3.医院名称： 成交价格： 成交日期： 成交数量：其他说明： |
| **供货商确认** | 1. **市场报价： 元/台**
2. **拟供货价格： 元/台 总价: 元**
3. **设备保质保用期（注：需原厂质保不低于3年）：**

 **（如分开质保，请注明主机、配件）**1. **其它说明：**

**签名确认： （单位公章）****2024年 月 日** |

**附件4：设备性能技术参数（模板）**

一、简单列举所报产品比其他同档次产品的优势。

1、

2、

3、...

二、用途和功能描述：

1、

2、

3、...

三、配置描述：

**（已包含在报价中的选配功能需另行标明，并注明该功能单价）**

1、

2、

3、...

四、主要技术参数描述（能体现产品档次和先进性，重要参数用“▲”标注）：

1、

2、

3、...

五、售后服务及其他：

1、

2、

1. ...

**附件5：**

**诚 信 声 明 函**

**汕头大学精神卫生中心：**

关于贵院发布的 项目（调研编号： ）的采购调研项目，我单位愿意参加调研工作并在此声明：

（一）我单位具有独立承担民事责任的能力；

（二）我单位具有良好的商业信誉和健全的财务会计制度；

（三）我单位具有履行合同所必需的设备和专业技术能力；

（四）我单位有依法缴纳税收和社会保障资金的良好记录；

（五）我单位符合法律、行政法规规定的其他条件；

（六）承诺递交贵院的所有电子版、纸质版资料客观真实。

本单位对上述声明的真实性负责。如有虚假，将依法承担相应责任，任何法律和经济责任完全由我方负责。

 单位名称（盖章）：

日期： 年 月 日