**江苏省第二中医院设备调研必填表**

**设备名称 品牌 进口或国产**

**供应商 授权人 联系方式**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **医疗器械注册证产品名称** | **设备注****册证号** | **规格型号** | **品牌** | **产地** | **单价（元）** | **空间要求（宽\*深\*高mm）** | **自身重量（kg）** | **供电****要求** | **供水****要求** | **环境****要求** | **运输****要求** | **使用****年限** | **有无配套耗材或试剂** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

注：1、调研设备如有配套耗材或试剂，请再填写江苏省第二中医院耗材试剂调研表。2、使用年限是指有无国家药监部门规定的有铭牌的设备使用年限

**确认签字：供应商代表:**

 **调研人员:**

 **日期:**