**江苏省第二中医院设备调研必填表（如无可不填）**

**供应商 授权人 联系方式**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **设备名称（同注册证名称一致）** | **注册证编号** | **规格型号** | **品牌** | **产地** | **单价（元）** | **空间特殊要求（宽\*深\*高mm）** | **自身重量（kg）** | **有无供电、供水、环境等特殊要求** | **使用范围或适应症、配置、主要功能及技术优势** | **规定使用****年限** | **有无耗材或试剂** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

注：1、调研设备如有配套耗材或试剂，请填写江苏省第二中医院耗材试剂调研表（下页）。2、规定使用年限为设备铭牌上所标识的年限。

**供应商代表签字：**

**江苏省第二中医院医用耗材调研必填表**（如无可不填）

**供应商名称： 授权人： 联系方式：**

**配套使用设备名称：**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 产品名称（同注册证名称） | 生产厂家（品牌） | 注册证号 | 规格型号 | 单位 | 单价 | 中标编码 | 医保编码 | 项目收费 |
| 名称 | 收费标准 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

供应商代表确认签字：

**江苏省第二中医院医用试剂调研必填表**（如无可不填）

 **供应商名称： 授权人： 联系方式：**

**配套使用设备名称：**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 产品名称（注册证名称） | 生产厂家（品牌） | 注册证号 | 规格型号 | 单位 | 单价 | 单人份价 格 | 中标编码 | 物价编码 | 项目收费 |
| 名称 | 收费标准 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

供应商代表确认签字：