附表

永德县人民医院采购需求市场调研表（2024年版）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 调研产品名称 |  | 注册证名称 |  |
| 产地 |  | 品牌 |  |
| 产品注册证号 |  | 注册证截止日期 |  |
| 生产厂家 |  | 联系电话 |  |
| 供应商 |  | 联系电话 |  |
| 授权情况 | XX授权给XX |
| 近1年销售记录（二甲以上医院） | 医院名称： 成交价格：医院名称： 成交价格：医院名称： 成交价格： |
| 专机专用耗材（设备如需专用耗材请列明，未列明者视为无偿供应） | 是否有专机专用耗材： |
| 耗材1： | 阳光挂网价： 元供货价： 元 | 耗材是否可收费：收费编码： |
| 耗材2： | 阳光挂网价： 元供货价： 元 | 耗材是否可收费：收费编码： |
| 耗材3： | 阳光挂网价： 元供货价： 元 | 耗材是否可收费：收费编码： |
| 耗材...（可自行加行） |
| 易损件情况 | 易损件1： | 售价： |
| 易损件1： | 售价： |
| 易损件1： | 售价： |
| 易损件...（可自行加行） |
| 供应商/厂家确认 | 拟销售价格： | 免费保修期： |
| 续保价格： /年 | 其他：以上报价有效期 月。 |
|  签名（盖章）： 年 月 日 |