附件二:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 荥经县严道街道社区卫生服务中心医疗设备参数征集表 | | | | | | |
| 推介单位名称： | | | | 联系人： | | 联系电话： |
| 设备名称 | 单位 |  | | 设备单价（元） | |  |
|  | 品牌 |  | | 型号 |  | |
| 是否能接入我院信息系统： 是□ 否□ | | | | | |
| 技术参数（核心参数请用★标注）和配置说明（可另页附详细配置清单） |  | | | | |
| 专用耗材：有□ 无□  可否独立收费：  可□ 否□  （如耗材较多请另附清单） | | | 耗材1： | 医保编码： 挂网价：  是否集采： 集采价：  规格： 优惠价： | | |
| 耗材2： | 医保编码： 挂网价：  是否集采： 集采价：  规格： 优惠价： | | |
| 备注：1.如设备不需配套耗材或试剂，请提供厂家出具不需专机专用耗材的保证函；  2.如需使用配套耗材或试剂，请提供专用耗材或试剂产品报价表（包括：名称、规格/型号、厂家、注册证号及有效期、报价）。  3.请提供专用耗材或试剂的产品注册证。 | | | | | | |
| 商务服务 | | |  | | | |
| **销售记录：有 □**  **无 □**  **其他医院成交记录：** | | | 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：  2.医院名称：             成交价格：  成交日期：             成交数量：  其他说明： | | | |
|
|
|
|
| 填报日期： 年 月 日 | | | | | | |