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 |