|  |
| --- |
| **首都儿科研究所附属儿童医院通州院区开办费项目-医用空气加压氧舱采购需求调查表** |
|
| 产品信息 | 医用空气加压氧舱 | 经销商名称 |  |
|
| 联系人姓名 |  | 电话 |  |
|
| 品牌 |  | 产品型号 |  |
|
| 医疗器械注册证号 |  | 是否进口设备 |  |
| 进口设备是否有授权（国产设备无需提供） |  | 设备生产商企业性质（进口设备无需填写） | 大型、中型、小微企业（各行业类型分类不同，请与厂家认真核对 |
|
| 是否现货 |  | 货期 |  |
|
|
| 承诺免费质保期限 | 医院要求质保期至少为5年 | 质保期满后维保费用承诺 | 超出质保期后，每年收取设备金额的X%，为年运维费用。 |
|
|
|
| 配件供应能力 | 例如供应商或制造商承诺设备停产5年后能够供应配件。 |  |  |
| 设备能否接入医院电子信息系统 | 例如设备能否接入医院HIS、LIS、PACS、手麻系统等接口 | 是否承担上述接口费用 | 是/否 |
| 是否存在专机专用耗材 | 是/否 |
| 专机专用耗材价格报价 | 可提供附件文件详细说明（仅一次机会，慎重填报） |
| 易损件、高值配件报价方案 | 提供相关附件资料详细说明 |
| 同类型设备市场占有率 | 相关佐证资料，如成交记录、医疗设备产业调研报告等资料。 |

|  |  |
| --- | --- |
| 产品优势（请详细介绍所提供产品与市场上同类其他品牌产品对比所具备的优势及对应的设备参数） |  |
|
|
|

|  |  |
| --- | --- |
| 产品安装条件（请详细介绍所提供产品安装需要的场地需求包括但不限于场地尺寸、高度、承重条件、水电条件、网络需求、与其他设备的关联等） |  |
|
|
|

|  |  |
| --- | --- |
| 服务方案（预算范围内能提供的最优服务方案，包括但不限于设备维保服务，为医院提供备品备件、耗材等，最终方案，仅一次机会，请慎重填报） |  |
|
|
|

**XX产品用户名单**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **产品品牌** | **规格型号** | **产地** | **用户名称** | **成交金额** | **采购时间** | **备注** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

# 表中所列部分信息相详细资料可以附件形式列在调研表后即可