**呈送：江门市五邑中医院**

**医疗设备推荐书**

 **项目名称**

**供应商：**

**联系人：**

**联系电话：**

**日期： 年 月 日**

**目录**

1．技术参数响应情况………………………………………………………第 页

2．产地………………………………………………………………………第 页

3．主要配置清单……………………………………………………………第 页

4．选配清单…………………………………………………………………第 页

5．市场报价…………………………………………………………………第 页

6．同品牌同型号广东省内销售价格证明文件……………………………第 页

7．配套使用耗材……………………………………………………………第 页

8．证照………………………………………………………………………第 页

9．同品牌同型号产品广东省内三甲用户名单……………………………第 页

10．市场同档次产品对比表……………………………………………… 第 页

11．售后服务承诺书……………………………………………………… 第 页

12．产品彩页……………………………………………………………… 第 页

1. **（设备名称及型号） 技术参数响应情况表**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **论证参数规格** | **投标参数规格** | **偏离** | **说明** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

1. **产地：**
2. **（设备名称及型号）配置清单**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **名称** | **规格型号** | **数量及单位** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

1. **（设备名称及型号）选配清单**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **名称** | **规格型号** | **数量及单位** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

1. **（设备名称及型号）市场价、优惠价**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **名称** | **规格型号** | **品牌** | **数量** | **市场报价（元）** | **优惠价（元）** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

1. **提供≧3份国内三甲医院该产品销售合同（或中标通知书、发票，必须附有配置清单，并提供网上查询结果）**
2. **配套使用耗材**（**提供网上三份三甲医院网上可查询的发票，特殊产品需提供有效参考成交资料。**）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **耗材名称** | **型号规格** | **生产厂家** | **注册证号** | **单位** | **单价** | **是否中标** | **是否专机专用** | **耗材占收费的比例** | **药交ID** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

1. **证照**
2. 设备医疗器械注册证（附网上查验结果）、医疗器械生产许可证（附网上查验结果）
3. 耗材医疗器械注册证（附网上查验结果）、医疗器械生产许可证（附网上查验结果）
4. 各级代理公司的授权、营业执照、医疗器械经营许可证、二类医疗器械经营备案凭证、销售代表授权及身份证复印件
5. 国家企业信用信息公示系统的信用记录查询结果。（http://www.gsxt.gov.cn/index.html）

**九、同品牌同型号产品广东省内三甲用户名单**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **医院名称** | **型号规格** | **成交价格** | **成交时间** | **联系人** | **联系电话** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

**十、市场同档次产品对比表**

**十一、售后服务承诺书（注：由厂家或厂家授权维修站出具并盖章，如厂家授权维修站还需出具授权书。）**

|  |  |
| --- | --- |
| **质保期（1年起）** |  |
| **可否提供维修及操作手册** |  |
| **操作及维修人员培训方式** |  |
| **质保期后次修收费** |  |
| **质保期后年维保金** |  |
| **维修站地点** |  |
| **维修站联系方式** |  |
| **其他** |  |

**附：常用维修配件价格（注：由厂家或厂家授权维修站出具并盖章）**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **配件名称** | **型号规格** | **单位** | **单价** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**十二、产品彩页**

**填表说明：**

1. 请按批注要求填充，并不得随意更改表格的内容及格式。
2. 请按以上每一点先后顺序排版，不要把所有附件附在最后（证照可附在第8点后面）。所有证照需加盖公章。

**\*备注：**

1、提供的证照和资料须为真实有效，若所提供的资料有虚假成分，一经核实，将停止所有业务来往，请勿违反诚信原则。