附件1  **四川省第三人民医院市场调研信息收集表**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 项目名称 | 序号几？（可多个产品一起填写） | 产品名称 |  |
| 医疗注册许可证编号 |  | 经销商名称（公司全名） |  |
| 供应商公司简介 | 注：300-500字以内 |
| 省级代理 | □是 □否 | 生产厂家 |  |
| 联系人 |  | 联系电话及邮箱 |  |
| 规则型号 | （可多个产品一起填写） | 报价（不同型号、配置单独报价） | （可多个产品一起填写） |
| 在成都域内工程师人数 |  | 维修到达现场响应时间 |  |
| 免费保质期（年） |  | 该设备是否在我院销售过及情况 |  |
| 是否存在专用耗材/试剂/易损件（如果有，请提供品规、挂网信息、成交价格等信息）（见后表） |  | 产品彩页资料（附后） |  |
| 产品技术参数（注：是否具有第三方检测报告） |  |
| 产品配置清单内容 |  |
| 产品专有技术（如有） |  |
| 产品功能及特点（如有） | 注：300字以内 |
| 对比同类其他品牌产品优势（如有） | 注：300字以内 |
| 产品档次定位 | 注：与同系列产品或医院现有产品对比（不同之外、改进之处） |
| 售后服务方案 |  |
| 其他未列明需陈述项 | 结构组成、适用范围、技术原理、市场占比、主要功能等等 |

注：须附拟提供产品官网截图、产品彩页或技术白皮书等相关材料

**专用耗材、试剂技术信息收集表**

**（无专用耗材、试剂统一填“无”）**

|  |  |
| --- | --- |
| 专用耗材（试剂）名称 |  |
| 注册证号 |  |
| 是否属于四川省阳光采购，如是，请填写挂网号 |  |
| 批准适应症 |  |
| 专用耗材（试剂）功能 |  |
| 专用耗材（试剂）参数 |  |
| 报价（元） |  |