产品调研表

（\*表内所有内容均需填写完整，并签字盖公章。\*）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 报名产品名称： | | | | | |
| 供应商: | | | | | |
| 联系人: | | | | | |
| 联系电话: | | | | | |
| 设备名称（注册证名）: | | | | | |
| 设备备案号或注册证号（注明是否进口）： | | | | | |
| 品牌: | | | | | |
| 型号: | | | | | |
| 设备使用年限： | | | | | |
| 保修期:（关于保修：（保修为原厂保修）默认保修为5年，请填写① ；若不能满足或大于5年保修，请填写②。）  ①保修年限：5年 设备单价： 打包价格：  ②保修年限： 设备单价： | | | | | |
| 年续保价格： | | | | | |
| 到货期： | | | | | |
| 是否承担系统连接费用（默认承担连接费用，若不满足填否）： | | | | | |
| 采购方式（可多选）：公开招标☐ 政采云医疗专区☐ 政采云医疗馆☐ 其他☐ | | | | | |
| 售后服务（响应时间、工程人员配备情况、最近服务点）： | | | | | |
| 产品优势： | | | | | |
| 市场占有率： | | | | | |
| 是否有配套耗材 有 □ 无□ （若有请填写以下表格） | | | | | |
| 序号 | 配套耗材名称 | 价格 | 是否一次性 | 是否专用 | 更换频率 |
| 1 |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |
| 是否有配套易耗品或维修配件 有 □ 无□ （若有请填写以下表格） | | | | | |
| 序号 | 配套耗材名称 | 价格 | | 是否专用 | 更换频率 |
| 1 |  |  | |  |  |
| 2 |  |  | |  |  |
| 3 |  |  | |  |  |
| 4 |  |  | |  |  |
| 5 |  |  | |  |  |
| 配置清单（请附页） | | | | | |
| 增值服务:    承诺人： （签字盖章）  年 月 日 | | | | | |