北京大学深圳医院（院本部）及深圳市新华

医院医疗设备需求报名调研表

（共3页）

|  |
| --- |
| **填写说明：**  1.填写内容须真实、有效、完整，未填项需标注原因，否则不予受理。  2.如有虚假填报，立即取消报名资格。​  3.主要材料须加盖单位公章及骑缝章。​  4.按指定方式、时间提交，逾期不予受理。​  5.每个项目单独填写一份表，不得多个项目共用。 |

一、项目报名

（一）参与项目

请在下方选择项目所属清单，并一一对应填写项目信息。

□北京大学深圳医院（院本部）医疗设备清单

□深圳市新华医院医疗设备清单

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 项目名称 | 数量 | 单位 | 产地 | 预算总金额  （万元） | 备注 |
| （请对应公告中项目序号） |  |  |  |  |  |  |

（二）厂家/供应商

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 厂家/供应商法人名称 |  | | | | |
| 统一社会信用代码 |  | | | | |
| 联系人 |  | 联系电话 |  | 邮箱  地址 |  |

二、项目需求调研

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| （一）  设备基本信息 | 设备注册证名称 |  | 数量  （单位） | |  |
| 品牌 |  | 规格型号 | |  |
| 原厂保修**5年或**  **以上**报价 | 单价： 万元  （含原厂保修 年） | | 总价： 万元  （含原厂保修 年） | |
| 是否有专机专用  耗材 | □是 □否 | 是否涉及信息系统对接 | | □是 □否 |
| （二）  生产厂家基本信息 | 生产厂家名称 |  | 产地 | |  |
| 生产厂家联系人 |  | 联系电话 | |  |
| 是否中小微企业 | 生产厂家是否中小企业：□是 □否  生产厂家是否小微企业：□是 □否 | | | |

（三）技术参数

请提供产品完整技术参数，列举说明并标注重点优势参数。

（四）配置清单

请提供产品完整配置清单并列举说明。

（五）产品售后服务承诺

格式自拟。

（六）产品推荐书

内容包含但不限于相关产业发展、进口国产对比、技术及临床优势、选型推荐等。

（七）产品彩页

产品彩页须完整、清晰。

（八）同型号产品市场占有及销售记录

请列举近两年北京、上海、广州、深圳、浙江、江苏、重庆等三级甲等综合性公立医院用户名单、采购时间、最终成交价格、免费维保年限等。（附脱敏采购合同复印件）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 采购人 | 项目名称 | 采购  时间 | 中标人 | 中标价  （万元） | 中标  品牌 | 中标  型号 | 免费维保  年限 |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ... |  |  |  |  |  |  |  |  |

（九）专机专用耗材报价（若无，请在表格中填写“无”）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 专机专用耗材/试剂名称 | 规格/型号 | 生产厂家 | 医疗器械注册证号/备案号 | 阳光平台价格  预警线/中选价 |
| 1 |  |  |  |  |  |
| ... |  |  |  |  |  |

（十）场地需求

包含但不限于水、电、气要求以及是否需环评控评等。

单位名称（盖章）：

2025年X月X日