**附件2：**

**遵义医科大学附属医院2024年大规模设备更新项目（五）**

**需求调查信息表**

|  |  |
| --- | --- |
| **产品序号（与附件1序号对应）** |  |
| **设备名称** |  |
| **设备制造商名称** |  |
| **制造商联系人** |  | **联系电话** |  |
| **产品型号** |  |
| **设备单价（元/套）** |  |
| **设备类别（勾选）** | 原装进口□ 进口品牌国内生产□ 国产□  |
| **医疗器械类别（勾选）** | Ⅰ□ Ⅱ□ Ⅲ□ |
| **医疗器械注册证号** |  |
| **技术参数条件** | 应用场景： |
| 功能： |
| 招标技术参数： |
| 配置要求及清单： |
| **商务条件** | 1. 交货期：合同签订后 个日历日。
2. 质保期：验收合格之日起 年。
3. 使用耗材及报价： 。
4. 软件升级情况及报价： 。
 |
| **用户清单及历史成交记录** | 提供用户清单及联系人、历史成交价格及证明材料（中标通知书或采购合同）等 |
| **供应商联系人** |  | **联系电话** |  |
|   **供应商（或制造商）名称（公章）：** **日 期：** |

注：相应产品技术资料（产品注册证、宣传彩页等）、证明材料、以及供应商认为应提供的相关资料等均以附件形式同步递交。