附件1:

**南江县人民医院医疗设备市场调研和询价报名表**

公司名称： 联系电话：

授权代表： 授权期限：

|  |  |
| --- | --- |
| 技术支持人员及电话  **(必须是厂家对技术参数了解的人员)** |  |
| 医疗设备序号 |  |
| 医疗设备名称 |  |
| 注册证产品名称 |  |
| 医疗设备型号 |  |
| 是否有使用次数、时长限制 |  |
| 是否有系统软件备份 |  |
| 是否有耗材 |  |
| 耗材是否开放（如有） |  |
| 医疗设备生产厂家 |  |
| 生产厂家是否中小企业 |  |
| 医疗器械注册证号 |  |
| 注册证有效时间 |  |
| 操作人员资质要求 |  |
| 安装环境、设施要求 |  |
| 到货时间（签订合同后） |  |

填表说明：

1、医疗设备序号填写挂网公示表格中医学装备需求信息对应的序号;

2、若报名医学装备注册证名称与本公告名称不一致时，其后括号备注。