**调研方案文件**

**项目名称：彭泽县人民医院医疗设备采购项目**

**单位名称：彭泽县人民医院**

单位（签章）

年 月 日

根据学科发展需要，拟对彭泽县人民医院脑电图、肌电图、脱水机等一批设备采购需求进行市场调查，欢迎有意向的厂家或江西省总代理（含经销商）前来参加，现将有关事项公告如下：

**1.采购项目内容：各厂家或代理（经销商）可根据以下设备提供其中一个或多个设备进行报价及提供相应配套资料。**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 序号 | 产品名称 | 数量 |
| 1 | 脑电图 | 1台 |
| 2 | 肌电图 | 1台 |
| 3 | 脱水机 | 1台 |
| 4 | 包埋机 | 1台 |
| 5 | 冰冻切片机 | 1台 |
| 6 | 电切内窥镜 | 1台 |

**2、供应商提供文件编制方案需包含以下内容**

1）法定代表授权书及厂家或江西省总代理的相关证书（如为江西省总代理参加需提供厂家授权）；

2）产品分报价表（必须提供不少于采购基本要求中的配置的分项报价及质保期后的维保费用）；

3）产品相关证书（包含但不限于生产许可证、注册证）；

4）产品彩页（或产品推荐书）；

5）产品技术参数（如为数字需提供具体数字的内容）；

6）产品的优势（包含但不限于与竞争产品的主要技术参数优点、商务条款（售后服务、质保期等）、市场占有率等）；

7）其他材料（应征方认为需要提供的）；

# 产品分项报价表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **产品名称** | **型号** | **生产厂家** | **注册证号** | **数量** | | **成本价** | **市场价** | **是否中、小微企业生产** | **是否存在/耗材耗材价格** | **技术参数（如存在排它性内容，请标黄。）** |
|  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |
|  | **合计** | | | |  |  | | | | |  |

# 法定代表人授权书

致：彭泽县人民医院

（供应商全称）法定代表人授权（全权代表姓名）为全权代表,参加贵处组织的 （项目编号）项目调研活动，全权代表我方处理调研活动中的一切事宜。

法定代表人签字或签章：

供应商盖章：

日 期：

附：

全权代表姓名： 职 务： 电 话： 详细通讯地址： 邮 政 编 码 ：

附：全权代表身份证复印件（正、反面）

**说明：法定代表人参加采购，不用提供委托（授权）**

# 各产品厂家授权书

# 各产品相关证书（包含但不限于生产许可证、注册证）

# 各产品产品彩页（或产品推荐书）

# 各产品技术参数（含设备配置清单）

# 各产品产品的优势

（包含但不限于与竞争产品的主要技术参数优点、商务条款（售后服务、质保期等）、市场占有率等）

1、主要技术参数优点

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 设备名称 | 设备技术性能优势技术加分条款 | 理由（对临床使用意义等作为说明） |
| 1 |  |  |  |
| 2 |  |  |  |
|  | ...... |  |  |

# 客户名单

# 其他材料（供应商认为需要提供的）