**附件4**

**广州市花都区胡忠医院**

**医疗设备采购市场调研情况报告**

1. **报名参与调研产品情况及报价单（含完整配置的设备报价）**

|  |  |
| --- | --- |
| 对应《调研设备清单》中的设备序号： |  |
| 对应《调研设备清单》中的设备名称： |  |
| 产品名称（与医疗器械注册证的产品名称一致）： |  |
| 品牌及型号： |  |
| 生产厂商（制造商）： |  |
| 产地： |  |
| 生产厂商（制造商）的行业和规模类型 | 所属行业： 。规模类型： 。 |
| 医疗器械注册证编号： | （填写完整编号，如不属于医疗器械的请备注说明） |
| 使用年限： |  年（根据设备铭牌或说明书填写，非医疗器械填“/”）（同时提供相关的佐证材料） |
| 交货期： | 在合同签订后 天内可以交货 |
| 质保期： | 验收合格后 年（要求质保期不少于3年，质保期是全保，包含所有非一次性易损耗配件的更换）； |
| 市场价格： |  |
| 设备报价（单位：万元）： | 单价： | 总价： |
| 保修期满后的维保费用报价（单位：万元/年） | 单价： | 总价： |
| 优惠价（单位：万元）： | 单价： | 总价： |
| 产品预期效益（分别说明涉及的收费项目名称及收费标准、收费项目是否为医保结算项目、成本组成及净利润分析）： |  |

注：

1.请按要求填写所有信息，不得随意更改本表格式。如有特殊说明的，请备注说明。

2.请报出项目整体包干价（人民币）。（须精确到小数点后两位，格式：XX.XX）。

3.以上报价应已包括设备、零配件的购置、包装、仓储、运输、安装、与信息系统软硬件相关的对接费用、验收合格之前及保修期内备品备件更换、保险、伴随服务、合同包含的所有风险、责任等各项应有费用及本项目发生的所有含税费用等。报价有效期为一年。

4.货物出厂日期要求：需满足“国产设备到货验收不超出生产日期半年；进口设备到货验收不超出生产日期一年。”

5.公司报价时需考虑：如果医院需要将设备接入医院信息网络，由企业负责按医院要求将设备接入医院网络，所需的硬件、软件以及接口费由企业承担。

6.在填报报价时，应根据企业自身的成本核算情况，充分考虑市场价格的波动风险。一经参与，即认为已充分考虑有关风险，愿意承担因这些风险所造成的一切经济损失，并放弃因此造成的损失求偿权。

**二、设备特点：**

**（请列举说明）**

**三、设备优点：**

**（请列举说明）**

**四、相关产业发展、市场供给情况**

**（建议由厂家提供当前产业发展、市场供给及行业竞争情况）**

**五、对比表：**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 参数内容 | 贵品牌型号产品 | 竞品1 | 竞品2 | 竞品3 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

（**要求市场上主流的品牌进行对比，至少与两个品牌进行对比）**

**六、可操作性：设备使用操作方面的优点。**

**（请列举说明）**

**七、同型号产品市场占有及销售记录：**

列举近三年至少三个广东省三甲医院或全国知名三甲医院用户名单、采购时间、最终成交价格、保修年限。广州市内三甲医院优先。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **医院名称** | **购买时间** | **成交单价**（万元） | **保修年限** |
| **1** |  |  |  |  |
| **2** |  |  |  |  |
| **3** |  |  |  |  |
| **4** |  |  |  |  |

**八、设备性能技术参数及配置清单：**

**（见附页）**

**附页**

**设备性能技术参数及配置清单（模板）**

**一、用途和功能描述（体现产品的主要功能和用途）：**

1、....

2、....

.......

**二、产品需执行的国家相关标准、行业标准、地方标准或者其他标准、规范；**

🞎无相关标准；

🞎有相关标准，具体如下： 请详细说明 。

1、....

2、....

.......

**三、具体技术参数（能体现产品档次和先进性）**

注意事项：①技术参数中不得出现品牌、型号等特定或排他性词汇；

②不允许标记“★”号参数，如为重要参数请在参数前标记“▲”号(必须要标记)；

③每条参数请按序号排列。

1、....

2、....

3、....

4、....

**四、配置清单**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **名称** | **品牌、规格型号** | **数量** | **单位** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**五、安装条件及场地需求**

请说明医疗设备的安装条件包括水、电及场地需求，特别是有特殊的安装需要。

🞎无特殊要求；

🞎有特殊要求， 请详细说明 。