**附件2：**

**需求调查响应文件**

**项目名称：从化区中医医院新院区医疗设备需求调查项目**

**响应清单：从化区中医医院新院区医疗设备需求调查清单**

**供应商：** **（加盖公章）**

**业务代表：**

**联系方式：**

**日 期：** **年** **月** **日**

**目录**

**一、公司简介**

**二、营业执照、资质证书**

**三、供应商法人证书和业务代表授权书**

**四、所响应设备相关资质文件**

**五、第一次市场报价单**

**六、供应商认为需要提供的其他资料**

# 一、公司简介

# 二、营业执照、资质证书

供应商营业执照、资质证书（如医疗器械经营许可证等）；

# **三、供应商法人证书和业务代表授权书**

# **四、所响应设备相关资质文件**

1.医疗器械注册证；

2.宣传彩页；

3.配置清单、配套耗材等；

4.调查表格：

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **设备名称** | **数量（台/套）** | **主要功能** | **技术参数** | **备注** |
| 1 | 透析用水处理设备 | 1 |  |  |  |
| 2 | 血液透析滤过装置 | 2 |  |  |  |
| 3 | 血液透析机（单泵） | 8 |  |  |  |

# **五、第一次市场报价单**

**第一次市场报价清单**

|  |
| --- |
| 项目名称：从化区中医医院新院区医疗设备需求调查项目 |
| 响应清单：从化区中医医院新院区医疗设备需求调查清单 |
| 序号 | 产品名称 | 注册证名称 | 厂家名称 | 规格型号 | 产地 | 上市时间 | 市场报价（元/台） | 数量 | 整机维保 | 是否有配套耗材 | 配套耗材是否开放管理 |
| 1 | 透析用水处理设备 |  |  |  |  |  |  | 1 |  年 |  |  |
| 2 | 血液透析滤过装置 |  |  |  |  |  |  | 2 |  年 |  |  |
| 3 | 血液透析机（单泵） |  |  |  |  |  |  | 8 |  年 |  |  |

附加说明：

1.如设备没有注册证，请在注册证名称一栏上填“/”。

2.其他承诺：

供应商名称：

法定代表人或授权代表签名：

日 期： 年 月 日

# **六、供应商认为需要提供的其他资料**