

### 2022年清远市中医院医疗设备项目信息汇总表

挂网项目名称		挂网项目序号	
供应商名称		供应商为几级代理	
供应商联系人及电话		供应商电子邮箱	
厂家名称		产地	
厂家联系人及电话		厂家电子邮箱	
品 牌 (进口则写明中英文两种)		规格型号	

是否需要使用耗材： 是  否

序号	耗材、试剂名称	型号	规格	数量	类别	收费情况
					<input type="checkbox"/> 专机专用（耗材、试剂） <input type="checkbox"/> 开放型耗材、试剂 <input type="checkbox"/> 易损易耗部件	<input type="checkbox"/> 耗材可单独收费（ <b>请提供依据</b> ） <input type="checkbox"/> 耗材不可单独收费，与项目打包收费
					<input type="checkbox"/> 专机专用（耗材、试剂） <input type="checkbox"/> 开放型耗材、试剂 <input type="checkbox"/> 易损易耗部件	<input type="checkbox"/> 耗材可单独收费（ <b>请提供依据</b> ） <input type="checkbox"/> 耗材不可单独收费，与项目打包收费

代表签名确认：

供应商名称：（公章）

年 月 日

说明：1、本设备若需使用耗材但没有如实填写的视为虚假行为。

2、凡涉及设备需使用的耗材、试剂的，必须提供医疗器械注册证及登记表（计量器具提供计量证、消毒类设备提供卫生部门批件、不作为医疗器械管理的要提供食品药品监督管理局的产品分类界定说明）

设备名称		品 牌	
产 地		型 号	

供应商名称（盖章）：

日 期：

单台医疗设备配置清单：（需详细、具体）

序号	名 称	规格型号	数 量	单 位

注：不够填写可自行增加行。

用户名单：

项目名称： \_\_\_\_\_

推荐品牌： \_\_\_\_\_ 推荐型号： \_\_\_\_\_

推荐品牌、型号的注册证时间： \_\_\_\_\_

提供近 3 年内的同品牌、同型号用户名单和对应的成交记录（务必真实，我院会电话咨询抽查。  
如发现公司提供资料虚假，取消参会资格）（如内容太多，可增加行数）

序号	用户名单	安装时间 (年月)	用户联系人	用户联系人手机联 系方式 (最好填写)	用户固话联系方式 (必填)

注：另提交至少 3 家医院的成交记录佐证，佐证的发票或采购合同必须清晰  
(含品牌、型号、单价)，如模糊不清视为无效佐证。

供应商名称（盖章）：

日期：