附件二：

**云南省中西医结合医院产品配置与报价表**

**公司名称（加盖公章）：**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 产品名称 |  | | 品牌 | |  |
| 型号 |  | | 生产厂家 | |  |
| 是否含耗材/试剂 | □耗材 □试剂 □无 | | 产地 | |  |
| 相关耗材/试剂报价（元） |  | | 产品报价  （元） | |  |
| 供货期 |  | | 质保期 | |  |
| 产品情况  （根据产品配置、性能等方面描述，空格不够时可另行附页） | 配置  性能  其他 | | | | |
| 售后服务 | 服务响应时间 |  | | | |
| 能否提供备用机 | □能 □不能 | | | |
| 其他服务承诺 |  | | | |
| 其他增值服务 |  | | | |
| 国内三甲医院同型号产品装机概况 |  | | | | |
| 联系人 |  | 联系电话 | |  | |

**注：请公司如实填写，对以上内容真实性负责。**

**相关材料（包括但不限于）：**

1. 产品医疗器械注册证（含注册登记表）复印件；
2. 产品技术资料，含产品彩页、产品说明书等；
3. 产品基本功能及配置；
4. 技术参数；
5. 应用案例；
6. 技术优势；
7. 增值服务；
8. 附属设备配置。
9. 其他材料（若有）

以上材料均需加盖公章，一式4份。