**拟购六安市中医院体检中心管理系统项目初步参数**

**论证征集意见表**

供应商、联系人及电话（加盖公章）：

产品品牌、规格型号、产地、医疗器械注册证号及最低报价：

**备注：**1、按要求格式填写并每页加盖报名供应商公章【电子章无效】；

 2、响应情况（是/否）若为否则继续填写具体建议修改指标，建议修改指标须慎重填写（该指标若为独家则无效，原则上须满足业界主流品牌同档次水平产品），**同时务必备注本品牌本规格型号产品相对应的真实指标并标注是否为独家（供医院汇总定稿版参数时选择）；**

 3、相关归口科室在发布本征集意见表时原则上应以**扫描件形式挂网**，潜在报名供应商依次：一是下载打印，二是手写建议修改指标和本产品相对应的真实指标【标注是否为独家】，三是每页加盖公章并以扫描件形式在规定时间内发至医院指定邮箱（招标办：2523245199@qq.com和归口科室【设备科□、信息科☑、总务科□及其他□ 】：49275253@qq.com(两个邮箱都需要发送)。

**附件：配套耗材、试剂【单人次费用】及须定期更换零部件报价清单（样表【若无则标注“无”且不可删除】、可单列）**

**拟购项目初步参数结构如下：**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **本项目初步参数拟设置情况** | **响应情况** | **建议修改指标** | **备注（真实指标、是否独家）** |
| **序号** | **参数名称** | **参数设置** |
| 1 |  | 见附件：六安市中医院体检中心管理系统参数表 |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |

附：

 配套耗材报价清单（样表，可单列且加盖公章）

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 耗材使用学科 | 名称 | 品牌规格型号 | 价格（元/个） | 是否开放 | **经消毒合格后建议使用次数** |
| 1 |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

配套试剂【单人次费用】报价清单（样表，可单列且加盖公章）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 名称 | 品牌规格型号 | 价格（元/个） | 是否开放 | 备注 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

须定期更换零部件报价清单（样表，可单列且加盖公章）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 须定期更换零部件 | 品牌规格型号 | 价格（元/个） | 是否开放 | 备注 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |