**附件1：**

**市场调研项目要求**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **序号** | **产品名称** | **技术性能等基本要求** |
| 1 | 一次性使用麻醉机呼吸管路 | 1. 适配于德尔格、GE、科曼等品牌各型号麻醉机。
2. 规格满足成人和儿童。
 |
| 2 | 医用钙石灰 | 与麻醉机配套使用，用于二氧化碳等酸性气体的吸收。 |
| 3 | 医用橡皮膏 | 用于将敷料粘贴固定于创面或将其他医疗器械固定到人体的特定部位。 |
| 4 | 一次性使用气管插管管芯 | 用于辅助气管插管插入时一次性使用。 |
| 5 | 骨蜡 | 用于止血用。 |
| 6 | 高频切除电极 | 与宫腔镜电切器械配套使用。 |

**附件2：**

**报价一览表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 产品名称 | 注册证名称 | 生产厂家 | 规格型号 | 单位 | 报价（元） | 四川省药械集中采购及医药价格监管平台耗材商品代码 | 国家医用耗材代码 | 注册证号 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

备注：1.类别必须和附件1《市场调研明细表》中的类别一致；

 2.尽量包含所有可提供的器械

公司名称：

代表签字：

联系方式：

日期：

**附件3：**

**用户情况表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 省外省级以上单位用户 | 用户名称 | 规格型号 | 数量 | 合同价格或中标价格 | 使用时间或中标时间 | 联系人及联系方式 | 备注 |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| 省内省级单位用户 |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| 省内其他用户 |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

说明：1、表中产品为近三年销售，用户仍在使用的货物；

1. 只填写与本次市场调研产品一致或相当的规格型号。