**附件1：**

**市场调研项目明细**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **序号** | **项目名称** | **功能要求** |
| 1 | 内镜储存柜 | 密闭储存空间，带消毒杀菌和循环通风干燥功能，可独立设置消毒时间和风机运行时间。储存要求:10-12条 |
| 2 | 神经刺激仪 | 用于神经阻滞定位 |
| 3 | 充气式加温仪 | 用于成人和小儿术中保温 |
| 4 | 肌松监测仪 | 用于全麻术中和术后恢复期检测肌松状态，指导用药 |
| 5 | 一次性喉镜片 | 能用于困难气道患者；提供可配套使用的可视喉镜镜柄 |
| 6 | 静脉输注泵工作站 | 用于全麻手术静脉给药，每套工作站含6个通道（支持心脏直视手术） |
| 7 | 麻醉深度检测仪电极片 | 用于医护人员在手术或重症监护过程中对患者的意识状态进行准确的评估；提供可配套使用的麻醉深度检测仪 |

**附件2：**

**报价一览表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 产品名称 | 生产厂家 | 品牌 | 规格型号 | 单位 | 报价（元） | 配送企业名称 | 备注 |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |

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；2、只填写与本次市场调研产品一致或相当的规格型号。