附件1：

**市场调研项目明细**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **材料名称** | **现医院配套使用的设备名称** | **适用范围** |
| 1 | 超声治疗贴 | 超声治疗仪 | 术后康复 |
| 2 | 理疗电极片（圆形50mm插线式） | 神经和肌肉电刺激治疗仪 | 妇女/儿童保健 |
| 3 | 理疗电极片（7\*14CM,2.0线） | 产康仪 | 产后康复 |
| 4 | 理疗用电极片 | 导乐镇痛仪 | 分娩镇痛 |
| 5 | 超声电导耦合电极贴片（7.5\*7.5cm） | 中频药物导入治疗仪 | 康复理疗 |
| 6 | 一次性使用心电监护电极片 | 心电监护仪 | 心电监护 |

附件2：

报价一览表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 类别 | 产品  名称 | 品牌 | 规格  型号 | 单位 | 报价  （元） | 是否 挂网 | 挂网流水号 | 医保编码 | 备注 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

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：

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

用户情况表

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。