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** |
| 1 | 一次性使用脐带夹 | / |
| 2 | 壳聚糖抗菌喷剂 | / |
| 3 | 医用硅酮气雾剂敷料 | / |
| 4 | 医用冷敷贴 | 设备名称：红外治疗仪 品牌：国科型号：WH290-II |

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 | 商品代码 | 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。