**附件1：**

**市场调研项目明细**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **序号** | **名称** | **基本要求** |
| 1 | 胎儿染色体非整倍体检测相关试剂耗材 | 1. 需将做此检验项目所需的所有试剂和耗材都在报价一览表中体现（包括有价格试剂耗材和免费提供给医院使用的试剂耗材）。 2. 需配备与检测项目相适配的检验仪器：   ①全自动基因测序仪1台，  ②全自动核酸提取平台1套（非强制性要求），  ③PCR仪等其他实验检测所需配套设备。   1. 配备的设备若需接入医院信息系统，接口服务费由试剂供应商承担。 |

**附件2.1：**

**报价一览表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 试剂名称  (注册证名称) | 生产厂家 | 规格  型号 | 单位 | 报价  （元） | 测算到每个测试价格（元）  （如不能测算到每个测试的，按每天100个标本量测算每年消耗金额） | 医疗器械注册证/备案凭证编号 | 四川省药械集中采购及医药价格监管平台商品代码/流水号 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

**备注：需将做此检验项目所需的所有试剂和耗材都在报价一览表中体现（包括有价格试剂耗材和免费提供给医院使用的试剂耗材）**

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。