**附件1：**

**市场调研项目明细**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 项目名称 | 设备名称 | 品牌型号 | 数量 | 简易要求 |
| 1 | 医疗设备维保服务 | 超导核磁共振成像(MRI) | GE 1.5T SIGNA HDX ECHOSPEED | 1 | 设备基础维保（含精密空调）） |
| 平板数字化多功能透视摄像系统 | OPERA-T90FPE | 1 | 设备技术保（含其中任意一台球管一支） |
| 移动式数字摄影X线系统 | 岛津MUX-200D | 1 |
| 直接数字化摄片系统(DR) | 岛津RAD SPEED M | 1 |
| 双能骨密度仪 | GE DPX-NT | 1 | 整机全保 |

**附件2：**

**报价一览表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 设备名称 | 生产厂家 | 品牌 | 规格型号 | 单位 | 单价（元） | 备注 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

公司名称：

代表签字：               联系方式：

日期：

**附件3：**

**用户情况表**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 用户名称 | 规格型号 | 数量 | 中标价格 | 中标时间 | 联系人及联系方式 | 备注 |
|   |   |   |   |   |   |   |

说明：

1.填写与本次市场调研产品一致或相当的规格型号。

2.提供其他医疗机构价格依据（中标通知书、合同复印件或发票复印件）。