**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 | 数字化平板乳腺(DR)移机服务 | 数字化平板乳腺(DR) | ASY-01427 | 1 | 需将整体主机（含工作站）拆解，运送至四川省妇幼保健院（天府院区），并进行安装调试，保证设备运行正常（设备目前运行情况良好）。请供应商对设备移机服务进行报价。 |
| 2 | 方舱CT（X射线计算机断层摄影设备）移机服务 | 方舱CT（X射线计算机断层摄影设备） | uCT550 | 1 |

**附件2：**

**报价一览表**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 设备名称 | 维修配件名称 | 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）。