**附件1：**

**市场调研项目明细**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **序号** | **名称** | **技术性能基本要求** |
| 1 | 呼吸机耗材一 | 1.要求适配医院现有无创呼吸机（品牌：迈瑞，型号：SV70S）；  2.要求至少提供以下产品信息：  ①一次性使用呼吸管路；  ②可反复使用呼吸管路；  ③各型号鼻塞（氧疗导管）； |
| 2 | 呼吸机耗材二 | 1.要求设配医院现有无创呼吸机（品牌：美国康尔福盛，型号：SiPAP)  2.要求至少提供以下产品信息：  ①一次性使用呼吸管路；  ②发生器；  ③鼻塞（正压通气）；  ④鼻罩；  ⑤头带；  ⑥鼻塞（高流量吸氧用）； |
| 3 | 呼吸机耗材三 | 1.要求设配医院现有无创呼吸机（品牌：英国SLE，型号：5000)  2.要求至少提供以下产品信息：  ①通气管路；  ②鼻管；  ③软帽； |

**附件2：**

**报价一览表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 产品名称  (注册证名称) | 生产厂家 | 规格  型号 | 单位 | 报价  （元） | 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 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

公司名称：

代表签字：

联系方式：

日期：

**注：产品若不属于医疗器械或挂网产品请在相应表格进行注明**

**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。