格式：

脑电图机、心输出量测量仪等一批医疗设备采购项目（二次）

**需求调查响应文件**

**供应商名称：**

**日 期： 年 月 日**

**一、报价表（请按照格式填写空白处）**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **拟采购货物名称** | **数量** | **单位** | **参数（若有多种规格请逐一列出）** | **单价报价 （万元）** | **总价（万元）** | **所投产品制造商中小企业划分（大型/中型/小型/微型企业）** | **品牌及厂家** | **近三年内售价（2022、2023、2024年售价逐一列出）** | **质保期及使用期限** | **配套耗材（若有请列出耗材及材料费用）** | **维保费用（元/年）** |
| 1 | 婴儿脉氧仪 | 2 | 台 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 | 视频脑电图 | 1 | 台 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 | 婴幼儿智能体检仪（卧位） | 2 | 台 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 | 儿童智能体检仪（立位） | 2 | 台 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 | 口腔口内扫描仪 | 1 | 台 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 | 等离子手术设备 | 1 | 台 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 7 | 超声透药仪 | 2 | 台 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 8 | 无影灯 | 2 | 台 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 9 | 吊塔 | 2 | 套 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 10 | DSA机头架 | 3 | 个 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 11 | 荧光玻片扫描影像系统（生物显微镜） | 1 | 台 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 12 | 臭氧水疗仪 | 1 | 台 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 13 | 熏蒸治疗仪 | 1 | 台 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 14 | 便携式肺功能监测仪 | 1 | 台 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

注：1、以上设备均采购国产设备，**主要功能需求详见附件“采购清单及主要功能需求”**。

2、表格中所提“维保费用”是指质保期到期后的维保费用，若产品涉及请列出每年的维保费用，维保服务内容至少包括：①所有人工、常规耗材、维修设备所有配件、定期巡检、维护保养所需耗材等所有费用。②设备相关部件的检测费用、拆装费用、购买检测时未通过检测需要更换部件(压力表、安全阀等)的费用。(需检测的部件设备按国家要求定期检测,检测合格后方可使用)。

3、以上产品需列出近三年市场售价（不足三年的，只需列出所涉及的年份），若为2025年新产品，请备注“该产品属于最新设备，无近三年销售记录”。

**二、商务要求（至少包含以下内容）**

1、产品售后服务内容

...

2、增值服务内容

...

**三、供应商相关资料（至少包含以下内容）**

1、公司营业执照复印件

...

2、公司经营许可/经营备案证明材料

...

1. 供应商授权代表授权书（格式自拟，需包含联系人姓名、电话及邮箱）

...

**四、供应商认为与本次需求调查项目有关的资料**

...