**报 名 函**

**广元市中心医院医学工程科：**

我单位欲报名参加 （项目名称）项目的现场产品调研会，联系方式如下，请予以确认。

单位名称：

纳税人识别号：

联系人：

联系电话（手机/座机）：

电子邮箱：

产品信息:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 产品名称 | 品牌 | 型号规格 | 医疗器械注册证 | 使用年限 |
|  |  |  |  |  |  |

单位（公章）：

法人（签章）：

日期： 年 月 日

产品需求情况调查

1.相关产业发展情况：

2.市场供给情况：

3.同类釆购项目历史成交信息情况：（提供3份以上相同型号的产品，近3年成交合同复印件及配置清单）

4.可能涉及的运行维护、升级更新、备品备件、耗材等后续釆购情况：

5.产品主要技术参数：

6.产品医疗器械注册证及注册登记表、生产经营企业营业执照、产品完整授权、公司法人或授权人身份证复印件、法人授权委托书等；

7.产品优势及市场占有情况（提供3年内四川省用户名单）；、；

8.推荐货物（全部产品）产品介绍彩页；

9.其他补充说明。

**产品调研表**

报名公司名称： 日期： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 名称 | 品牌 | 规格型号 | 生产厂家 | 注册证号/备案号 | 产品使用年限  （需提供佐证资料） | 基本功能简介 | 主要技术参数 | 市场占有率  （提供使用该型号的三家三级医院明细，并提供佐证资料，合同或发票复印件附后） |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |