**南安市医院2023年新院区医疗设备市场调研**

**公司名称：**

**联系人姓名：**

**联系电话：**

**邮箱：**

**市场调研报名表**

|  |  |
| --- | --- |
| 序 号 |  |
| 设备名称 |  |
| 经销公司 |   |
| 联 系 人 |   | 联系电话 |   |
| 设备名称 |   | 生产厂家 |   |
| 规格型号 |   | 注册证号 |   |
| 近三年中标情况 | 采购单位及价格 |   |
| 采购单位及价格 |  |
| 采购单位及价格 |   |
| 福建省收费目录 |   | 收费价格 |   |
| 设备选配件 | 选配件价格 | 有/无 |
|  |  |  （有/无） |
|  |  |  （有/无） |
| 配套耗材名称 | 耗材单价 | 是否单独收费 |
|   |   |  （是/否） |
|   |   |  （是/否） |
| 以上耗材是否开放/是否属于高值耗材 |   （是/否） |
| 技术参数（可另附页）：    |

**材料真实性声明函格式**

**材料真实性声明函**

致：

我公司郑重声明：本次参与\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_项目医疗设备招标采购过程中所提交的所有材料和所附的佐证资料真实、合法、有效。如有不实之处，愿负相应的法律责任，并承担由此产生的一切后果。

特此声明。

公司名称：（全称并加盖单位公章）

授权代表人签字：

日期：    年   月   日