**南浔区第二医疗集团（菱湖人民医院）**

**医疗设备采购需求调查报名信息登记表**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 单位名称（盖章） |  | | |
| 法人代表 |  | 单位电话 |  |
| 产品名称 |  | 规格型号 |  |
| 生产厂家 |  | 产 地 |  |
| 医疗器械注册证号 |  | | |
| 医展会入围情况 | □ 是 □ 否 | 入围价格 |  |
| 配置清单及选配件  清单（可附页） |  | | |
| 质保及价格 | 提供全新产品：进口设备生产日期一年内、国产设备生产日期半年内；整机保修 年。价格 元。 | | |
| 相应消耗品及零配件价格（可附页） |  | | |
| 其他承诺（增配内容） |  | | |
| 联系人： 联系电话（手机）：  日期： 年 月 日 | | | |

注：设备中包含打印机需按医院统一型号配置，同意与否请在£内打√。

同意：黑白HP-M405DN £；彩色HP-M254DW £；

不同意：按设备原配置 £；无配置打印机 £。