**附表1：**

**医疗设备基本要求**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **设备名称** | **主要功能** | **数量** |
| 1 | 血液透析机 | 血液透析、血液透析滤过、血液滤过、单双针运行，中文操作系统、液晶触屏、各种监测功能（动静脉压、总电导度、碳酸电导度、温度、透析液流量、血流量、超滤量等监测）、闹钟、透析充分性监测功能，血压监测 | 2台 |
| 2 | 血液透析滤过机 | 血液透析、单双针运行，中文操作系统、液晶触屏、各种监测功能（动静脉压、总电导度、碳酸电导度、温度、透析液流量、血流量、超虑量等监测）、闹钟、透析充分性监测功能，血压监测 | 2台 |

**附表2：**

**医疗设备调研表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 设备名称 | 设备注册证名称 | 设备注册证号(注明有效期) | 品牌型号 | 设备报价（单价）（非市场价）（单位：元） | 保修期 | 是否需要使用耗材 | 耗材是否为专配耗材 | 配套耗材名称及报价（单位：元） |
| 1 | 血液透析机 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 | 血液透析滤过机 |  |  |  |  |  |  |  |  |

备注：

1. 设备使用过程中，如需配套耗材，需注明是专配耗材还是通用耗材，以及配套耗材品名及每人份/人次价格；
2. 专配耗材需另外提交《专配耗材调研表》

公司名称：

日期：

**附表3：**

**专配耗材调研表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 设备名称 | 耗材名称 | 规格 | 计量单位 | 单价 | 省药交平台编码 | 测算每人份或每人次单价 | 是否可收费 | 收费项目编码 | 收费项目名称 | 收费金额 |
| 1 | 血液透析机 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 | 血液透析滤过机 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

公司名称：

日期：

**附表4：**

**产品优势对比表**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 序号 |  | 设备名称 |  |
| 品牌型号 |  | 核心技术参数 |  |
| 对比品牌1 |  | 参数对比1 |  |
| 对比品牌2 |  | 参数对比2 |  |
| 对比品牌3 |  | 参数对比3 |  |

备注：“品牌型号”“核心技术参数”填写参与调研的设备品牌型号，“对比品牌”及“参数对比”填写相关竞品信息

公司名称：

日期：

**附表5：**

**市场销售情况**

设备名称：

规格型号:

品牌厂家：

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 医院名称 | 购买时间 | 成交单价（万元） |
| 1 |  |  |  |
| 2 |  |  |  |
| 3 |  |  |  |

备注：

1. 市场销售情况需填写半年内对应产品的采购合同价格，并提供合同复印件作为佐证材料；
2. 销售业绩原则上不少于3家。

公司名称：

日期：