|  |
| --- |
| **医疗设备洽谈资料** **年度** |
|  |
| **项目名称（设备名称）：****生产企业：****配送公司（加盖公章）： 配送公司地址：联 系 人：联系电话：** |

**目录**

★**按以下顺序准备议价资料：**

1. 配置清单
2. 医疗器械注册证或备案凭证
3. 配送商资质
4. 生产企业资质
5. 产品各级授权书
6. 销售人员身份证复印件，加盖本企业公章授权书的原件
7. 其他医院参考价格资料

1. 技术参数
2. 产品彩页

**\*所有资料请加盖配送商公章。
\*所有资料真实有效，销售给武汉市第四医院的医疗设备的因授权、资质等而产生的纠纷，均与武汉市第四医院无关。**

**\*议价依据为近一年内该产品在全国及武汉地区三甲医院的用户名单(含近期该产品在武汉地区合同复印件、中标通知书或发票、网络平台)。**

|  |
| --- |
| 议价时间 |
| OA申请编号 | 　 | 申请科室 | 　 | 合同编号 | 　 |
| 本次议价产品基本信息 |
| 设备名称 | 数量 | 品牌/型号 | 报价（元/单价） |
| 　供应商填写 | 　供应商填写 | 　供应商填写 | 供应商填写　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 |
| 配套耗材名称 | 供应商填写　 | 配套耗材价格 | 供应商填写　 |
| 可对接的医院系统 | 供应商填写 |
| 供货公司（全称） | 供应商填写 |
| 生产企业（全称） | 供应商填写 |
| **主要功能/作用** | 供应商填写　 |
| 议价依据相同设备、相同品牌及型号的发票或合同，并填写在下方表格内 |
| 注册证名称/品牌 | 议价来源（医院/厂家） | 规格型号 | 参考价格（元） |
| 　供应商填写 | 供应商填写　 | 供应商填写　 | 供应商填写　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 |
| 洽谈结果 |
| 注册证名称 | 注册证编码 | 规格型号 | 成交单价（元） |
| 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 |
| **质保（主机/配件）** |  |
| 供应商签字 | 　 | 供应商电话 | 　 |
| 采购议价小组签字 |  |
| 分管院长签字（10万以下） |  |