|  |
| --- |
| **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） |  | | | | | |