**附件1：**

**市场调研项目明细**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **序号** | **产品名称** | **要求** |
| 1 | 血氧传感器 | 需适配机型：  1.脉氧仪（迈瑞，VS-900Neo；美国迈心诺，RAD-5V、RADICAL-7）  2.监护仪（迈瑞PM7000，迈瑞IPM12 A型，迈瑞IPM12 B型，迈瑞IPM12 C型，迈瑞IPM12 D型，迈瑞BeneVision N12C ，迈瑞BeneVision N12 Neo BeneVision N12 Neo ，GE DASH3000，GE DASH4000，飞利浦866060，科曼CM150，理邦IM70A，理邦IM70，理邦ELITE V5，太空ELANCE7，德尔格 INFINITY DELTA） |
| 2 | 有创压力传感器 | 需适配机型：  监护仪（德尔格 INFINITY DELTA，飞利浦866060，理邦ELITE V5） |

**附件2：**

**报价一览表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 类别 | 产品  名称 | 品牌 | 规格  型号 | 单位 | 报价  （元） | 四川省药械集中采购及医药价格监管平台耗材商品代码 | 国家医用耗材代码 | 备注 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

备注：1.类别必须和附件1《市场调研明细表》中的类别一致；

2.尽量包含所有可提供的器械

公司名称：

代表签字：

联系方式：

日期：

**附件3：**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 省外省级以上单位用户 | 用户  名称 | 规格型号 | 数量 | 合同价格或  中标价格 | 使用时间或  中标时间 | 联系人及  联系方式 | 备注 |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| 省内省级单位用户 |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| 省内其他用户 |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

**用户情况表**

说明：1、表中产品为近三年销售，用户仍在使用的货物；

2、只填写与本次市场调研产品一致或相当的规格型号。