附件一：

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **苏州高新区人民医院医疗设备信息征询表** | | |
| 设备名称 |  | |
| 品牌型号规格 |  | |
| 注册证号 |  | |
| 生产商 |  | |
| 产品标准功能配置（可附页说明） |  | |
|  | |
|  | |
| 产品可选功能配置（可附页说明） |  | |
|  | |
| 设备对水、电、建筑等有无特殊要求 |  | |
|  | |
| 设备配套消耗品及价格（是中标产品请填中标编码） | 是（请填写中标编码）： | |
| 否（请填承诺价格）： | |
| 近三年该设备附近用户名单 |  | |
| 售后服务承诺 |  | |
| 承诺供货时间 |  | |
| 厂家/代理商签字盖章附授权书 |  | |
| 公司名称（盖章） |  | |
| 联系人.联系方式 |  |  |