|  |
| --- |
| 医用设备采购项目遴选表 |
|
| 经销商名称 |  | 姓名 |  |
|
| 电话 |  | 产品名称 |  |
|
| 品牌 |  | 产品型号 |  |
|
| 是否获得授权 |  | 是否进口 |  |
|
| 是否现货 |  | 货期 |  |
|
|
| 承诺免费质保期限 |  | 质保期满后维保费用承诺 |  |
|
|
|
| 一次承诺价格（将以此价格作为论证依据） |  |
|
|
|
| 增值服务（包括但不限于设备维保服务，为医院提供备品备件） |  |
|
|
|
|
|
|
|
|  现场遴选后供应商承诺（请调研时填写，含二次报价、其他承诺增值服务等信息，**对遴选结果十分重要，请注意！！！**） |  |

**北京地区产品用户名单**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **产品品牌** | **规格型号** | **产地** | **用户名称** | **采购时间** | **采购价（含发票或合同）** | **备注** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |