

附件：1

南宁市第八人民医院医疗设备参考参数表

供应商名称：			联系人：		联系电话：	
货物序号和名称	货物类别	单位及数量			预算单价	
	医疗设备	品牌				
		主要用途				
		技术参数（核心参数请用★标注）和配置说明（可另页附详细配置清单）				
商务服务						
其他说明：						

填报日期： 年 月 日

附件 2： 南宁市第八人民医院医疗设备参数论证会报价表

序号	设备名称	数量	生产厂家	品牌	型号	单价(万元)	总价(万元)	保修期限
人民币合计金额(大写)：						(小写)¥		
公司名称(盖章)								
联系方式	联系人：	联系电话：	电子邮箱：					
二次报价	合计金额(大写)：						(小写)¥	
其他说明	法定代表人或委托代理人签字确认： 年 月 日							

附件 3:

南宁市第八人民医院设备购置市场调研报名表

采购项目名称			
品牌		规格型号	
生产商		产地	
供货商		电话 邮箱	
资质审查	营业执照 有 <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/>	医疗器械注册证 注册号(全):	
	医疗器械经营许可证 证号:	厂家授权书 有 <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 授权单位: 授权期限: 业务员的授权书 有 <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 授权期限:	
供货商确认	我司所提供的资料均为合法、真实、有效。 签名确认: (单位公章) 年 月 日		

附件 4:

南宁市第八人民医院医疗设备需求表

序号	科室	设备名称	数量	预算
1	内镜中心	高清电子胃肠镜系统	1 台	170 万元
2	血透室	血液透析机	2 台	50 万元
3	血透室	血液透析滤过	1 台	28 万元