附件1 微波消融治疗仪及配套耗材需求

|  |  |
| --- | --- |
| **产品名称** | **需求** |
| 微波消融治疗仪1台及配套耗材（微波消融针） | 1.用于包括肺癌、肺结节在内的等实体肿瘤的凝固治疗。  2.耗材（微波消融针）须为四川省药械集中采购及医药价格监管平台价格联动专区挂网产品。 |

附件2、市场调查情况及报价承诺函

|  |  |
| --- | --- |
| 市场调查情况及报价承诺函 | |
| 1、设备名称 |  |
| 2、设备品牌及型号 |  |
| 3、设备标准配置及价格 |  |
| 4、设备可选配置及价格 |  |
| 5、功能及主要技术参数 |  |
| 6、设备是否使用耗材(含试剂，下同），如使用请填写以下项目 |  |
| 6.1、耗材是否开放及使用寿命 |  |
| 6.2、耗材名称及价格 |  |
| 6.3、耗材每人使用情况 |  |
| 7、保修期结束后购买保修价格给出 |  |
| 7.1、设备全部保修价格 |  |
| 7.2、设备技术保修价格 |  |
| 8、设备常用配件及价格 |  |
| 9、设备对场地是否有要求 |  |
| 10、设备到货时间 |  |
| 11、设备培训及学术支持 |  |
| 12、设备保修期限 |  |
| 13、设备分项报价及总价 |  |
| 14、参与调研单位全称 |  |
| 15、是否属于节能产品政府采购目录清单内产品 |  |
| 16、是否属于环保标志产品政府采购目录清单内产品 |  |
| 15、代理人签字：        代理人联系方式： |  |
| 16、公司法人姓名：       法人联系方式： |  |

附件3：市场调查登记表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 市场调查登记表 | | | | | | | | | |
| 序号 | 公司名称 | 生产厂家 | 联系人 | 电话 | 设备型号 | 设备报价（万元） | 保修期（年） | 配套耗材、试剂价格（元/人份）（如有） | 备注 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |