|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **项目名称** | **数量** | **备注** |
| 层流仓 | 1 | 用途：用于开展自体造血干细胞移植  要求：符合《自体造血干细胞移植规范》（T/CMBA 014—2021）中对设备设施的要求。 |

**附件1：**

**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、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** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |