附件2：

成都市新都区第二人民医院

信息系统市场调研表

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **一、信息系统基本信息** | | | | | | | |
| 信息系统注册证名称 | |  | | 型号（或版本号） |  | | |
| 软件注册证号 | |  | | □ 国产    □进口 | | | |
| 生产厂家 | |  | | | | | |
| 厂家类别 | | □大型企业   □中型企业   □小微企业  □其他 | | | | | |
| 是否需要与其它系统对接 | | □否 □是，对接方式及内容： | | | | | |
| 可实现的功能简介 | |  | | | | | |
| **二、供应商信息** | | | | | | | |
| 供应商公司名称 | |  | | 公司类别 | □生产厂家  □总代理商              □其他 | | |
| 企业规模 | | □大型   □中型    □小微型 | | | 营业执照：□有   □无 | | |
| **三、信息系统相关信息** | | | | | | | |
| **1.信息系统报价表** | | | | | | | |
| 序号 | | 信息系统名称 | | 单价（万元） | | 备注 | |
|  | |  | |  | |  | |
|  | |  | |  | |  | |
| 合计报价：       万元 | | | | | | | |
| **2.是否有可选配功能或接口情况（行数不够，可自行增加）：□无   □有** | | | | | | | |
| 功能/接口名称 | | 规格型号 | | 数量 | 单价（万元） | | |
|  | |  | |  |  | | |
|  | |  | |  |  | | |
| **3.销售记录：提供同型产品四川省内三家及以上医院成交记录（近三年，证明依据：中标通知书、合同、发票等））** | | | | | | | |
| **医院名称** | **采购时间** | **采购价格** | | **与本次推荐配置上的区别** | | **备注** | |
|  |  |  | |  | |  | |
|  |  |  | |  | |  | |
| 4.**配置清单**：产品完整的配置清单，含选配件。影响信息系统价格的配置应列出该配置的价格（可另附详细配置清单） | |  | | | | | |
| 5.**详细技术参数与性能指标**（独有或优于其他品牌同类设备的技术性能指标请予以备注，并说明该技术性能指标对临床有何实际价值） | |  | | | | | |
| **6.建设方案及周期** | |  | | | | | |
| **四、售后服务** | | | | | | | |
| 信息系统质保期（年） | |  | 维修响应时间 | | | |  |
| 四川省驻地维修工程师人数 | |  | 是否有驻场人员 | | | |  |
| 质保期后的维保价格（万元/年）及维保内容 | |  | | | | | |
| **五、承诺** | | | | | | | |
| 我公司承诺对本次成都市新都区第二人民医院组织开展的医疗设备市场调研活动提供的上述内容以及相应资料都是真实的、有效的、合法的。如经查实上述承诺的内容事项存在弄虚作假，我公司愿意承担相应法律责任。                                                                                                             公司名称（盖鲜章）：                                              法定代表人或授权代理人（签字）：                                签署日期：    年     月     日 | | | | | | | |