附件1

**龙泉驿区中医医院**

**供应商集中推荐日预约登记表**

预约时间：时间： 年 月 日

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 预约供应商基本情况 | 公司名称 | （盖章） |
| 公司住址 |  |
| 被授权人姓名 |  | 身份证号 |  |
| 被授权人签名： | 联系电话： |
| 拟推荐项目名称1 |  | 展示样品 | 是 否 |
| 拟推荐项目名称2 |  | 展示样品 | 是 否 |
| 项目主要涉及科室（可填多个科室） |  |
| 项目优势情况说明（200字以内） |  |
| 其他单位开展情况 |  |

注：供应商加盖公章后有效。

附件2

供应商承诺书

我公司承诺：

# 已认真阅读《龙泉驿区中医医院关于转运车等设备的市调研公告》，对公告内容完全知晓，拟推荐项目的相关信息完全真实有效，如有不实，愿承担相关责任。

公司名称（盖章）

 年 月 日

|  |
| --- |
| **该类设备总体发展情况**（主要描述应用领域、历史发展情况50字内） |
|  |
| **市场调查对象情况** |
| 设备名称 | 序号 | 供应商名称 | 联系方式 | 厂家 | 型号 | 报价 | 质保（年） | 设计使用年限 | 后期运行成本 | 历史成交情况 | 与竞品优劣对比 | 其它 |
| 耗材 | 维修、维护 |
| 是否专机专用 | 价格 | 是否挂网 |
|  | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
|  | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
|  | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |