**附件一：**

**市场调研清单：**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **项目序号** | **科室** | **设备名称** | **数量** | **预算单价 （万元）** | **预算总额 （万元）** | **备注** |
| 1 | 消化内科 | 消化道动力检测系统 | 1 | 80 | 80 | 高分辨食道测压、高分辨肛肠测压、生物反馈训练等功能模块。 |
| 2 | 消化内科 | 胃电图仪 | 1 | 25 | 25 | 辅助诊断消化不良、胃轻瘫、胃动力正常、过缓、过速等功能性疾病。 |
| 3 | 消化内科 | 中频胃肠动力治疗仪 | 1 | 25 | 25 | 用于胃肠动力障碍性疾病、功能性胃肠疾病的治疗与改善。 |
| 4 | 放射科 | 256排螺旋CT | 1 | 2000 | 2000 |  |
| 5 | 外二科 | 移动超声机 | 1 | 50 | 50 | 标配：浅表探头、腹部探头。 |

**附件二：**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **消化内科、放射科、外二科设备采购报名表** | | | | | | |
| **项目序号** | **报名项目** | **供应商** | **品牌** | **型号** | **联系人** | **联系方式** |
|  |  |  |  |  |  |  |

**附件三：**

**法定代表人授权书**

致武义县第一人民医院：

市场调研单位全称： 法定代表人： 授权： 为全权代表，参加贵单位组织的市场调研事宜，代表本公司处理与谈判有关的一切务。

法定代表人签字（公章）：

日期：