**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 | 门诊 | [自助血压计](采购申请表\\门诊\\门诊自助血压计.pdf) | 2 | 4.5 | 9 | 自助式;带体重秤;可刷身份证、医保卡、电子医保凭证、病历号；数据可自动上传，做下一个病人时重置到初始界面；特殊病人可选择不录入信息也可测量；宽度1米左右。 |
| 2 | 产科 | [熏蒸床](采购申请表\\产科\\产科熏蒸床_5.pdf) | 1 | 6.5 | 6.5 | 定时、恒温、恒压、无需改造场地。 |
| 3 | 产科 | [便携式新生儿皮氧仪](采购申请表\\产科\\产科便携式新生儿皮氧仪_3.pdf) | 1 | 3 | 3 | 方便携带，可充电，传感器灵敏。 |
| 4 | 功能检查科 | [动态血压计](采购申请表\\功能检查科\\功能检查科桑泰克动态血压计_11.pdf) | 2 | 0.85 | 1.7 |  |
| 5 | 功能检查科 | [脑电图升级](采购申请表\\功能检查科\\功能检查科脑电图升级_12.pdf) | 1 | 2 | 2 | 诺诚脑电图NATION7128W |
| 6 | 功能检查科 | [动态血压仪器+动态心电图仪二合一](采购申请表\\功能检查科\\功能检查科动态血压动态心电图二合一.pdf) | 6 | 2 | 12 |  |
| 7 | 功能检查科 | [动脉硬化仪器](采购申请表\\功能检查科\\功能检查科动脉硬化仪器_30.pdf) | 1 | 9.8 | 9.8 |  |
| 8 | 病理科 | [包埋机](采购申请表\\病理科\\病理科包埋机_6.pdf) | 1 | 9 | 9 | 温度稳定；有监控功能，近距离实时记录包埋情况；出蜡快；无噪音；使用舒适。 |
| 9 | 病理科 | [石蜡切片机](采购申请表\\病理科\\病理科石蜡切片机_7.pdf) | 1 | 9 | 9 | 具有0°精确定位系统；具有小手轮快速复位功能；液晶显示，具有切片计数和录计厚度动能，实时显示；自动休眠功能。 |
| 10 | 麻醉科 | [输血输液加温加压仪](采购申请表\\麻醉科\\麻醉科输血输液加温加压仪_17.pdf) | 1 | 5 | 5 |  |
| 11 | 康复科 | [直流感应电治疗仪](采购申请表\\康复科\\康复科直流感应电治疗仪_31.pdf) | 2 | 0.5 | 1 |  |
| 12 | 康复科 | [自动蜡疗机](采购申请表\\康复科\\康复科自动蜡疗机_32.pdf) | 1 | 5 | 5 |  |
| 13 | 康复科 | [干扰电治疗仪](采购申请表\\康复科\\康复科干扰电治疗仪_33.pdf) | 1 | 8 | 8 |  |
| 14 | 康复科 | [膝关节CPM机](采购申请表\\康复科\\康复科膝关节CPM机_35.pdf) | 1 | 0.8 | 0.8 |  |
| 15 | 康复科 | [床边踩车](采购申请表\\康复科\\康复科床边踩车_36.pdf) | 1 | 3 | 3 |  |
| 16 | 康复科 | [手法床](采购申请表\\康复科\\康复科手法床_37.pdf) | 1 | 2.5 | 2.5 |  |
| 17 | 康复科 | [遥测心电监护仪](采购申请表\\康复科\\康复科遥测心电监护_38.pdf) | 5 | 1.6 | 8 |  |
| 18 | 康复科 | [电动直立床](采购申请表\\康复科\\康复科电动直立床_39.pdf) | 1 | 4 | 4 |  |
| 19 | 康复科 | [电脑中频治疗仪](采购申请表\\康复科\\康复科电脑中频治疗仪_40.pdf) | 2 | 0.6 | 1.2 |  |
| 20 | 眼科 | 电脑验光仪 | 1 | 10 | 10 | 可测角膜厚度。 |
| 21 | 眼科 | 裂隙灯 | 1 | 10 | 10 |  |

**附件二：**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **设备采购市场调研报名表** | | | | | | |
| **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：