**合川区人民医院全自动基因测序仪设备参数购前收集表**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 产品型号 |  | 产品品牌产地 |  |
|  | 产品价格 |  | 厂商名称 |  |
|  | 地址 |  |
|  | 联系人 |  | 联系电话 |  |
|  | 产品用途 |  |
| 序号 | 设备参数功能配置名称 | 似供产品参数功能配置 | 备注说明 |
|  | 测序时间 |  |  |
|  | 检测原理 |  |  |
|  | 光学系统 |  |  |
|  | 测序芯片及试剂 |  |  |
|  | 识别标记 |  |  |
|  | 测序读长（模式) |  |  |
|  | 数据产量 |  |  |
|  | 数据质量 |  |  |
|  | 连续相同碱基读取能力 |  |  |
|  | 仪器集成度 |  |  |
|  | 应用延伸能力 |  |  |
|  | 标本处理能力 |  |  |
|  | 标本用量 |  |  |
|  | 操作界面 |  |  |
|  | 医疗器械注册配套试剂种类和用途 |  |  |
|  | 产品认证书 |  |  |
|  | 产品免费质保2年 |  |  |
|  | 所供设备标准配置及功能： |  |  |
|  | 所供设备可选配配置及功能： |  |  |
|  | 重庆市内技术支持能力 |  |  |

注：1、此调查表可扩展

2、此调查表产品供应厂商须在北京时间2020年05月14日18点前以电子邮件的方式发送到：hcrmyyjw2018@163.com，依据邮箱发送记录时间 ，过时将不与采纳。

3、此调查表纸质件经办人签字后加盖单位鲜章（含有效国家医疗器械注册证），寄到合川区人民医院 医学装备科 胡蓉 18996008201