**合川区人民医院基因芯片检测系统参数购前收集表**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 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 |
|  | 样本处理能力 |  |  |
|  | 操控方式 |  |  |
|  | 对环境要求 |  |  |
|  | 内置程序管理 |  |  |
|  | 程序储存、数据库 |  |  |
|  | 医疗器械注册试剂种类 |  |  |
|  | 遗传及遗传相关疾病检测项目 |  |  |
|  | 感染性疾病检测项目 |  |  |
|  | 肿瘤相关检测项目 |  |  |
|  | 心血管疾病个体化用药检测项目 |  |  |
|  | 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