**合川区人民医院全自动化学发光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 |
|  | 样本处理能力 |  |  |
|  | 操控方式 |  |  |
|  | 运行噪音 |  |  |
|  | 不停机加载试剂耗材 |  |  |
|  | 试剂位 |  |  |
|  | 条码识别功能 |  |  |
|  | 医疗器械注册试剂种类 |  |  |
|  | 肝纤维化项目 |  |  |
|  | 高血压项目 |  |  |
|  | TB-IGRA项目 |  |  |
|  | ANA项目 |  |  |
|  | ENA项目 |  |  |
|  | 呼吸道病原微生物抗体项目 |  |  |
|  | 与设备配套的，具有医疗器械产品注册证（或备案信息表）的试剂、耗材报价 |  |  |
|  | 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