**附件1**

XX公司报名表

|  |  |
| --- | --- |
| 公司名称 | XX公司 |
| 联系人姓名 | 小王 |
| 身份证号码 | 5XXX |
| 联系电话（手机） | 183XXX |
| 联系电话（办公） | 077X-XXX |
| 邮箱 | XXX |
| 报名设备（填写医疗器械注册证/备案凭证名称及注册证号） | XXX |
| 生产厂商 | XXX公司 |
| 品牌 | 品牌1 |
| 型号 | 型号1 |
| 单价（万元） | xx |
| 供货时长（天） | xx |
| 质保期（年） | x |
| 是否兼容其他耗材 | □ 是，耗材名称及报价、医保收费编码及价格、物价编码及价格，可附件。 □ 否。 |
| 专机专用耗材名称及报价、医保收费编码及价格、物价编码及价格 | 1.XXX；2.XXX可附件 |
| 保修价格 | □ 无时限区分：xx万/年。 □ 有时限区分：A-B年，xx万/年；C-D年，xx万/年。 |
| 易损件单价（如有） | 可附件 |

单位名称（盖章）：

日 期： 年 月 日

**附件2**

**复函材料声明函**

梧州市工人医院：

我公司已认真阅读了贵院此次编制的“XXX”采购项目需求公告，充分知悉并了解了贵院采购需求调查内容信息。我方同意贵方无偿采用我方提交的全部或部分采购需求调查材料作为贵方采购需求的内容，并且无需贵方承担任何责任。

本公司将严格遵守上述事项，对所提供的所有材料真实性负责。

单位名称（盖章）：

联系人：

联系电话：

日 期： 年 月 日

**附件3**

一、超声内镜系统

设备适用范围：设备适用于消化道疾病的检查和治疗，能诊断、发现消化道疾病的病变，能显示病灶部位、边界和范围，内镜处理器具有拍摄和录制病变影像资料的功能，能保存原始高清影像，能为进一步完善后续筛查和制定诊疗方案提供依据。

可兼容同品牌光学放大胃镜、电子支气管镜、环扫超声电子上消化道内窥镜、扇扫超声电子上消化道内窥镜、电子十二指肠镜等，方便采购方整合设备资源，拓展诊疗平台。