**附件1**

市场调研项目明细

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **序号** | **名称** | **技术性能基本要求** |
| 1 | 门诊部医用电梯1 | 电梯品牌、规格、型号：迅捷电梯1600kg,无机房,3层/3站/3门。咨询联系人:高林13990896623，陈雷：15182925101。要求：符合国家行业安全等要求。 |
| 2 | 门诊部医用电梯2 | 电梯品牌、规格、型号：迅捷电梯1600kg,无机房,3层/3站/3门。咨询联系人:高林13990896623，陈雷：15182925101。要求：符合国家行业安全等要求。 |
| 3 | 住院部医用电梯1 | 电梯品牌、规格、型号：迅捷电梯1600kg,有机房,6层/6站/6门。咨询联系人:高林13990896623，陈雷：15182925101。要求：符合国家行业安全等要求。 |
| 4 | 住院部医用电梯2 | 电梯品牌、规格、型号：迅捷电梯1000kg,有机房,6层/6站/6门。咨询联系人:高林13990896623，陈雷：15182925101。要求：符合国家行业安全等要求。 |
| 5 | 污物电梯 | 电梯品牌、规格、型号：迅捷电梯1000kg,有机房,6层/6站/6门。咨询联系人:高林13990896623，陈雷：15182925101。要求：符合国家行业安全等要求。 |

**附件2**

报价一览表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 产品  名称 | 生产  厂家 | 品牌 | 规格  型号 | 单位 | 报价  （元） | 配送企业名称 | 备注 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

公司名称：

代表签字：联系方式：

日期：

**附件3**

用户情况表

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 省外  用户 | 用户  名称 | 规格型号 | 数量 | 合同价格或  中标价格 | 使用时间或  中标时间 | 联系人及  联系方式 | 备注 |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| 省内  用户 |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

说明：1.表中产品为近三年销售，用户仍在使用的货物；

2.只填写与本次市场调研产品一致或相当的规格型号。

3.需附近三年销售合同价格或中标价格等佐证复印材料。