**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“麻醉机”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**

麻醉机需求参数

一、设备用途及说明：用于对成人、小儿和新生儿的吸入麻醉及呼吸管理。

二、技术规格：

1、标配锂电池，后备电池使用时间≥90分钟。

2、接口：多功能复用接口、支持网络和软件在线升级功能, RS-232C 串行通讯接口，VGA 接口，辅助电源接口。

3、标配氧气、空气两气源

4、适合内窥镜手术模式。

5、气动电控呼吸机。