**附件1：**

**市场调研项目要求**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **产品名称** | **技术性能等基本要求** | **单价限价** |
| 1 | 精子活体染色试剂盒 | / | 8元/人份 |

**备注：推荐产品若为纳入国家医疗保障局《医保医用耗材分类与代码》目录且具有医疗器械注册证的在用医用耗材(不含一类医疗器械)和具有医疗器械注册证或备案凭证的在用体外诊断试剂，则必须为四川省药械集中采购及医药价格监管平台挂网公示产品,并提供挂网商品代码、产品ID或产品流水号。**

**附件2：**

**报价一览表**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **调研产品信息** | **推荐产品信息** | 备注 |
| 调研产品序号 | 调研产品名称 | 注册备案产品名称 | 生产厂家 | 规格型号 | 单位（与挂网平台保持一致） | 报价（元） | 注册备案号 | 四川医保公共服务平台耗材商品代码（S码）**/**产品流水号（试剂） | 四川医保公共服务平台产品ID（G码） | 医保耗材代码（C码） | 产地 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

备注：1.调研产品序号必须和附件1《市场调研项目要求》中的序号一致；

 2.尽量包含所有可提供的耗材。

公司名称：

代表签字：

联系方式：

日期：

**附件3：**

**用户情况表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 省外省级以上单位用户 | 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 |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| 省内省级单位用户 |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| 省内其他用户 |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

说明：1、表中产品为近三年销售，用户仍在使用的货物；

1. 只填写与本次市场调研产品一致或相当的规格型号。