|  |
| --- |
| **医疗设备配置互审表** |
| **设备名称** |  | **市场价格** |  |
| **设备品牌规格型号** |  |
| **产品优势** |  |
| **使用医疗机构**（最好提供有采购价格） |  |
| **联系人** |  | **联系电话** |  | **电子邮箱** |  |
| **设备配置互审信息（可自己增加互审品牌)** |
| **互审设备品牌(均为一线品牌）** | **规格型号** | **内容描述** |
|  |  | **市场价格** |  |
| **配置及功能** |  |
| **其他(如后期耗材情况）** |  |
| **资质证件** |  |
| **互审设备品牌(均为一线品牌）** | **规格型号** | **内容描述** |
|  |  | **市场价格** |  |
| **配置及功能** |  |
| **其他(如后期耗材情况）** |  |
| **资质证件** |  |
| **公司名称（公章）： 年 月 日** |