|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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** | | | | | | |