**采购项目需求与实施计划调查表**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 项目申请科室 | 神经内科二病区 | | | | |
| 项目名称 | 空气波压力治疗仪 | | | | |
| 单价（元） | 5000-7000 | 数量（期限） | 1 | 总预算（元） | 5000-7000 |
| **一、项目预算价确定依据（如咨询同级别医院、相关供应商或其他形式的市场调查，请详细说明并提供资料）：**  **二、采购需求（包括技术要求和商务要求，如对拟采购项目的质量和服务要求，性能、材料、结构、外观、安全，或者服务内容和标准等，且须考虑可能涉及的运行维护、升级更新、备品备件、耗材等后续采购情况）：**   1. **主机一台** 2. **可同时连接2个充气套筒；** 3. **下肢循环套筒2条**   **三、采购实施计划（包括供应商资格条件、项目实施要求、验收付款条件等）：**   1. **签订合同3日内发货，验收合格后付款** 2. **自验收之日起质保期12个月**   **四、其他要求：**  论证人员签名（不少于三人）：  2025 年 8 月4 日 | | | | | |