**太和医院招标设备试用情况反馈表**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_科: 经医院招标,你科本次拟采购设备需试用 个月,请认真试用,并填写试用情况反馈表,以便医院最终确定中标供应商。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 设备名称 |  | 设备型号 |  |
| 生产厂家 |  | 经销商  |  |
| 试用日期 |  | 试用科室 |  |
| 科室联系人 |  | 联系电话 |  |
| 设备使用情况反馈🗹 | □使用次数(或检查治疗人次: |
| □临床使用效果很好:□临床使用效果一般：□临床使用效果不好： |
| 设备操作情况反馈🗹 | □容易、方便：□一般：□不方便： |
| 设备故障情况反馈🗹 | □有:□无 |
| 设备售后服务反馈🗹 | □很好、及时：□一般：□不好： |
| 试用结论🗹 | □能够满足工作需要，同意采购。□不能够满足实际工作需要，建议更换其他品牌产品。  日期: 年 ` 月 日  |
| 使用人员签字 |  | 科室主任签字 |  |