­­­­­云南省第一人民医院**全数字化彩色多普勒超声诊断仪（序号：X）**项目咨询一览表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **公司名称（盖章）** | | |  | | | | **公司项目负责人** | |  | | | | | **联系电话**  **/电子邮箱** |  |
| **设备名称** | | |  | | | | **设备品牌** | |  | | | | | **设备型号** |  |
| **注册证名称及**  **注册证号** | | |  | | | | **第一次整机报价**  **（单价）（人民币）** | |  | | | | | **第二次整机报价**  **（单价）（人民币）** | **签名/盖章 ：** |
| **使用年限**  **（以注册证或使用说明书为准）** | | |  | | | | **第一次分项报价**  **（人民币）** | |  | | | | | **第二次分项报价**  **（人民币）** | **签名/盖章 ：** |
| **国产/进口** |  | | **产品投入市场时间** | |  | |
| **此报价**  **设备情况** | | **1、性能：** | | | | | | | | | **2、配置：** | | | | |
| **服务承诺：终身保养，原厂质保: \_\_\_\_\_\_年，维修响应时间：\_\_\_\_\_\_\_\_, 维修到场时间：\_\_\_\_\_\_\_\_\_, 有\_\_\_\_名常驻昆明厂家工程师;**  **供货期：接到医院通知后\_\_\_\_\_日历日; 是否提供备用机： 是 否**  **质保期后维保服务方案及报价:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **可提供的其他免费服务: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | | | | | | | | | | | | | | |
| **同型号设备其他三甲医院历史成交记录（三年内）** | | | **序号** | **成交日期** | | **医院名称** | | **型号** | | **数量** | | **质保** | **成交价格（单价）** | | **探头配置** |
| **1** |  | |  | |  | |  | |  |  | |  |
| **……** |  | |  | |  | |  | |  |  | |  |
| **第二次服务承诺、质保、维修响应时间及其他情况补充说明：**  **签名/盖章 ：** | | | | | | | | | | | | | | | |

**注：（1）严禁修改表格，除第二次整机报价、第二次分项报价及第二次服务承诺、质保、维修响应时间及其他情况补充说明外，请按要求逐项填写。（2）分项报价含主机、模块、软件及探头等可拆分的部分，分项报价合计金额需与整机报价一致。**

云南省第一人民医院国资处制表