­­­­­云南省第一人民医院 项目咨询一览表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **公司名称（盖章）** | |  | | | **报名公司项目负责人** | | | |  | **联系电话/电子邮箱** | |  |
| **设备名称** | |  | | | **设备品牌** | | | |  | **第一次报价（单价）（人民币）** | | **元** |
| **注册证名称及注册证号** | |  | | | **设备型号** | | | |  | **第二次报价（单价）（人民币）** | | **元**  **签名/盖章 ：** |
| **制造商** | |  | | | **国产/进口** |  | | **产品投入市场时间** |  | **使用年限**  **（注册证或使用说明书为准）** | |  |
| **制造商是否为中小微企业** | |  | | |
| **是否含有专用耗材/试剂** | |  | | **专用耗材/试剂报价** | **第一次** | |  | | | **第二次** | **签名/盖章 ：** | |
| **此报价**  **设备情况** | **1、性能：** | | | | | | | | **2、配置：** | | | |
| **服务承诺： 原厂质保: 供货期：接医院通知后 日历天 维修响应时间： 维修到场时间：**  **维修时是否提供备用机：是 否 ， 日内提供 有 名常驻昆明工程师，其中厂家工程师 名**  **可提供的其他免费服务:** | | | | | | | | | | | | |
| **同型号设备国内/省内**  **三甲医院装机情况** | | |  | | | | | | | | | |
| **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：严禁修改表格，除第二次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。**

云南省第一人民医院国资处制表