­­­­­云南省第一人民医院 项目报价表

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **公司名称（盖章）** |  | **报名公司项目负责人** |  | **联系电话** |  |
| **设备名称** |  | **设备品牌型号** |  | **报价（人民币）** |  |
| **制造商** |  | **国产/进口** |  | **产品投入市场时间** |  |
| **是否含有耗材/试剂** |  | **耗材/试剂报价** |  |
| **此报价****设备情况** | 1. **规格**
 | **2.性能** | **3.配置** |
| **同型号设备国内****三甲医院装机情况** |  |
| **服务承诺： 质保: 维修响应时间：****供货期： 是否提供备用机： 是 否 有（ ）名常驻昆明 厂家工程师** **可提供的其他免费服务:** |

注：严禁修改表格，请按要求逐项填写。

云南省第一人民医院国资处制表