昆明医科大学第二附属医院医用系统咨询一览表

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **公司名称（盖章）** |  | **报名公司项目负责人** |  | **联系电话/电子邮箱** |  |
| **系统名称** |  | **系统品牌型号** |  | **第一次报价（单价）****（人民币）** |  |
| **第二次报价（单价）****（人民币）** | **签名/盖章：** |
| **制造商** |  | **国产/进口** |  | **产品投入市场时间** |  | **系统授权情况** |  |
| **是否含有耗材/试剂** | **否** | **耗材/试剂报价** | **第一次** | **不适用** | **第二次** | **不适用** |
| **配套耗材/试剂是否有对应收费项目或者单独收费** | **不适用** | **配套耗材/试剂是否全部进医保？（若进入医保，请填写对应编码）** | **不适用** |
| **推荐系统情况** | **1、功能：** | **2、硬件环境：** |
| **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:** |
| **相同系统国内/省内****三甲医院使用情况** |  |
| **第二次服务承诺、质保、运维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。**