昆明医科大学第二附属医院咨询一览表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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** |  | **设备品牌型号** |  | **设备第一次报价（单价）****（人民币）** | **市场价** |  |
| **租赁价（每年）** |  |
| **设备第二次报价（单价）****（人民币）** | **市场价** |  |
| **租赁价（每年）** | **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）** |  |
| **配套耗材品牌参考规格及集采价** | **产品名称** | **注册证号** | **品牌** | **生产企业** | **规格/型号** | **计价单位** | **集采价格** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| **推荐设备情况** | **1、性能：** | **2、配置：** |
| **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:** |
| **同型号设备国内/省内****三甲医院装机情况** |  |
| **推荐设备主机解决方案：** |  |
| **其他情况补充说明：****签名/盖章：**  |  |

**注：严禁修改表格，除第二次报价及其他情况补充说明外请按要求逐项填写。**