昆明医科大学第二附属医院信息系统及设备（租用及服务类）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** |  |
| **提供系统的名称** |  | **租用服务内容** |  | **第一次报价（单价）****（人民币）** |  |
| **第二次报价（单价）****（人民币）** | **签名/盖章：** |
| **是否是原系统开发商** |  | **国产/进口** |  | **系统最早进入市场时间** |  | **系统使用授权情况** | **承诺医院获得全部授权，无系统授权争议** |
| **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** |
| **是否有服务外收费的情况** |  | **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** |
| **服务情况** | **1、提供的服务项目（逐项说明）：** | **2、系统需求环境：** |
| **服务承诺： 服务响应时间：****到保后服务展延期： 是否提供备用系统（机）： □是 □否 有（ ）名常驻昆明厂家工程师** **可提供的其他免费服务:** |
| **国内/省内****三甲医院服务情况** |  |
| **第二次服务承诺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及其他情况补充说明外请按要求逐项填写。**