附件一：

**内江市市中区人民医院报价单**

报名公司名称： 日期： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 设备名称 | 品牌  |  规格型号 | 生产厂家 | 注册证号/备案号 | 单位 | 数量 | 单价/总价（万元） | 质保期限 |  |  |
| 　 | 　 |  | 　 |  | 　 | 　 | 　 | 　 |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

报价人签名：

联系电话：

附件二：

**设备配置清单**

报名公司名称： 日期： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 名称 | 品牌  |  规格型号 | 生产厂家 | 单位 | 单价 | 标配及功能 | 标配数量 | 选配及功能 | 备注 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 请列全所有配件及价格 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 请列全所有配件及价格 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 请列全所有配件及价格 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 请列全所有配件及价格 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | **如需使用配套耗材，请列全所有规格、型号及价格；如未列出，则视为无耗材。** |

报价人签名：

联系电话：