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） |  |  |  |
| 　 | 　 |  | 　 |  | 　 | 　 | 　 | 　 |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

1、 **到货期限：**签合同之日后 5个工作日内货到医院指定地点。

2、**保修条件及期限**：该设备质保期 年，接到报修通知后 小时响应， 小时内工程师到达现场， 是否提供备用机 是□ 否□，

 天不能修复提供备用机。

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：