­­­­­云南省老年病医院医学装备购置咨询报名表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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** | | | |  | **报价（单价）（人民币）** |  |
| **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）** |  |
| **制造商是否为中小微企业** | |  | |
| **是否含有耗材/试剂** | |  | | **耗材/试剂报价（单价）（人民币）** | | | | |  | |
| **此报价**  **设备情况** | **1、主要功能性能：** | | | | **2、设备参数：** | | | | | |
| **服务承诺： 质保: 维修到场响应时间：**  **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** | | |  | | | | | | | |