# 附件2： 丽水市中医院设备报价单

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 采购单位 | **丽水市中医院** | | | | |
| 设备名称 |  | | 数量 | | 套 |
| 制造商 |  | | | | |
| 型号规格 |  | | | | |
| 设备保修 | 整机保修 年 | | 备注：不低于3年 | | |
| 功能配置 |  | | | | |
| 压缩机名义输入功率 |  | | | | |
| 压缩机额定输出功率 |  | | | | |
| 吸热风机额定输入功率 |  | | | | |
| 出风口 |  | | | | |
| 设备报价 |  | | | | |
| 报价公司 |  | | | | |
| 代表签名 |  | 联系电话 | |  | |

|  |  |
| --- | --- |
| 日期 | 年 月 日 |