**附件1： 标项名称**

**技术参数偏离表**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 标的名称 | 技术参数需求 | 投标产品技术参数 | 偏离情况  （响应/负偏离） |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

注：

1.投标人必须把招标文件技术参数需求的全部技术参数列入此表。

2.按照招标文件中技术参数需求的顺序对应填写。

3.供应商必须据实填写，不得虚假填写，否则将取消其投标或中标资格

**附件2： 丽水市中医院医疗设备报价**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 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2年 | 整机保修 年 |
| 设备铭牌标注  使用年限 |  | 备注：机器铭牌照片附后 |  |
| 功能配置 |  | | |
| 系统接口及软件情况 |  | | |
| 其他优惠措施 |  | | |
| 设备报价/配套耗材报价 |  | | |
| 质保期后维保费/年 |  | | |
| 报价单位 |  | | |
| 代表签名 |  | 电话 |  |
| 日期 | 年 月 日 | | |

**附件3：**

**售后服务承诺书**

丽水市中医院

我公司为丽水市中医院提供 承诺维保服务 ，一年 次巡检。提供 小时响应。如故障不能排除 小时上门服务。

特此承诺。

公司盖章

工程师姓名及联系电话：