# 丽水市中医院医疗设备报价单

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 采购单位 | **丽水市中医院** | | | | |
| 设备名称 |  | | 数量 | | 套 |
| 制造商 |  | | | | |
| 型号规格 |  | | | | |
| 注册证号/效期 | （注册证附后） | | | | |
| 设备保修 | 整机保修 年 | | 备注：不低于2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 |  | | | | |
| 系统工作站（含打印机） |  | | | | |
| 其他优惠措施 |  | | | | |
| 设备报价（单价/总价） |  | | | | |
| 配套耗材报价 |  | | | | |
| 质保期后维保费（元/年） |  | | | | |
| 报价单位（公司） |  | | | | |
| 代表签名 |  | 电话 | |  | |
| 日期 | 年 月 日 | | | | |

备注：成交价不高于上述报价，供货单位需与合同一致，集团采购请注明。