附件：

**自贡市沿滩区人民医院报价单**

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） | 质保期（ 年） | 是否提供备用机（是/否） | 设备使用年限（与铭牌一致） | 是否需要耗材 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

报价人签名：

联系电话：

附件1：参数明细

附件2：配置明细

附件3：售后明细