报价单

至中山市小榄人民医院：

设备报价单

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 需求科室 | 名称 | 数量 | 品牌 | 型号 | 产地 | 质保期 | 使用年限 | 单价 | 总价 |
| 血液净化中心 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 泌尿外科 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 麻醉科门诊 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 麻醉科（A） |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 麻醉科（B） |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 介入与血管外科 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 心脏中心 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 优惠总价： | | | | | | | | | |
|  | 厂家是否为中小微企业（□是 □否），如果是，请提供相应证明文件。 | | | | | | | | |
|  | 设备是否具有专机专用试剂耗材（□是 □否），如果是，请填写（耗材报价单）。 | | | | | | | | |

报价有效期： 天

报价公司（盖章）：

报价联系人：

联系方式：

报价时间：

采购需求响应表

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 参数要求 | 正/负/无偏离 | 偏离情况 |
| 1 | ...... | ..... | ....... |
| 1.1 |  |  |  |
| 1.2 |  |  |  |
| 1.3 |  |  |  |