报价单

至中山市小榄人民医院：

设备报价单

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 名称 | 数量 | 品牌 | 型号 | 产地 | 质保期 | 使用年限 | 单价 | 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）。 | | | | | | | | |

耗材报价单（若无，可删除）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 产品名称 | 规格型号 | 产品注册证 | 药交ID | 产品编码 | 国家医保耗材代码 | 省平台联盟区限价 | 投标报价 | 国家医保医用耗材编码（27位） | 是否为专用耗材 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

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：

参数偏离表：

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 参数要求 | 正/无/负偏离 | 实际情况 |
| 1 |  |  |  |
| 2 |  |  |  |
| 3 |  |  |  |
| 4 |  |  |  |
|  | \*\*\*\* |  |  |