**附件二**：

**曲靖市沾益区人民医院（医共体分院）财政贴息贷款医疗设备采购项目咨询一览表**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 公司名称（盖章） |  | 报名公司项目负责人 |  | 联系电话/电子邮箱 |   |
| 设备名称 |  | 设备品牌型号 |  | 市场占有率 |  |
| 有无收费标准 |   |
| 制造商 |  | 国产/进口 |  | 产品投入市场时间 |  | 使用年限（注册证或使用说明书为准） |  |
| 是否含有耗材/试剂 |  | 耗材/试剂能否收费 |  | 医保能否报销 | 签 |
| 此报价设备情况 | 1、性能： | 2、配置： |
| 服务承诺： 质保: 维修响应时间：供货期： 是否提供备用机： 是 否 有（ ）名常驻昆明 厂家工程师 可提供的其他免费服务: |
| 同型号设备省内医院（乡镇）装机情况 |  |
| 第二次服务承诺、质保、维修响应时间及其他情况补充说明： 签名/盖章 ： |

注：严禁修改表格，除第二次服务承诺、质保、维修响应时间及其他情况补充说明外请按要求逐项填写。