**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。