曲靖市沾益区人民医院 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:** | | | | | | | | | |
| **同型号设备国内/省内**  **医院装机情况** | | |  | | | | | | |
| **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。**