附件3

文山市医共体总医院医疗设备采购项目咨询表

公司名称（加盖公章）：

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 产品名称 |  | | | 品牌 | |  |
| 型号 |  | | | 生产厂家 | |  |
| 进口/国产 |  | | | 报价人民币（万元） | |  |
| 设备使用年限 |  | | | 质保期 | |  |
| 是否含耗材/试剂 | □耗材 □试剂 □无 | | | | |  |
| 相关耗材/试剂报价（元） |  | | | | | |
| 产品功能情况  （根据产品配置、性能等方面描述，空格不够时可另行附页） | 配置：  性能： | | | | | |
| 售后服务 | 服务响应时间 | |  | | | |
| 能否提供备用机 | | □能 □不能 | | | |
| 其他免费增值服务 | |  | | | |
| 国内、省内二级以上医院同型号产品装机概况或其他销售业绩 |  | | | | | |
| 联系人 |  | 联系电话 | | |  | |

日 期：

**承诺：我公司承诺以上信息真实有效，如与事实不符，自愿取消在文山市人民医院的供货资格，并承担相应责任。**