**云南省第一人民医院****云南省老年病医疗质量控制中心网络平台项目咨询一览表**

**附件1.**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **公司名称（盖章）** |  | | **报名公司项目负责人** |  | **联系电话** |  | |
| **产品名称** |  | | **免费质保期** |  | **总报价（人民币）** |  | |
| **产品分项报价** | **软件报价** |  | | **硬件报价** |  | | |
| **制造商** |  | | **国产/进口** |  | **产品投入市场时间** | |  |
| **同型号产品国内**  **三甲医院使用情况** |  | | | | | | |
| **服务承诺（免费质保期是否增加 、维保、是否有驻昆工程师、厂商可提供的其他免费服务等）：** | | | | | | | |

注：严禁修改表格，请按要求逐项填写

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **附件2： 第二次最终报价及承诺一览表** | | | |
| 第二次最终报价及承诺一览表 | | | |
|  |  |  |  |
| 项目名称 ： | 数量 | 服务期限 | 备注 |
|  |  |  |  |
| 投标总金额小写：  金额大写： | | | |
| 有关承诺： |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  | 投标人名称：（加盖印章） | | |
|  | 投标人签名（或其委托的全权代表人） | | |
|  | 日期： 年 月 日 | | |