云南省第一人民医院手术室医用耗材中心库信息管理系统项目咨询一览表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **公司名称（盖章）** |  | | **报名公司项目负责人** |  | | **联系电话** | |  |
| **项目报价** | **（小写）：** | | | **（大写）：** | | | | |
| **此报价**  **产品情况** |  |  | | |  | |  | |
| **三甲医院使用情况** |  | | | | | | | |
| **服务承诺（质保、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。