**附件1：谈判响应产品试剂报价清单，一式七份，加盖公章**，单独封装并在封口处加盖公司公章。

**报价清单格式要求如下表：**

 **云南省第一人民医院医用试剂谈判报价清单一览表 年 月 日**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **产品名称** | **注册证名称** | **品牌** | **货号** | **生产企业** | **规格型号** | **包装 单位** | **注册证** | **注册证效期** | **单价（元/计价单位）** | **按照公告所有试剂、耗材预估量总金额** |
| **1** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **2** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **3** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**设备报价清单：**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **设备名称** |  | **设备品牌型号** |  | **第一次报价（单价）（人民币）** |  |
| **第二次报价（单价）（人民币）** |  **签名/盖章 ：** |
| **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）** |  |
| **此报价****设备情况** | **1、性能：** | **2、配置：** |
| **服务承诺： 质保: 维修到场响应时间：****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****三甲医院装机情况** |  |
| **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 ：** |

**公司名称（盖章）：**

**法人签字： 联系电话：**

**授权业务代表签字： 联系电话：**

**签字确认以最终报价为准，试剂、耗材是否能承诺云南省最低价，是□ 否□。 授权业务代表现场签字确认：**

 **签字日期（现场签字日期）：2024年 月 日**