­­­­­云南省第一人民医院 项目报价表

**咨询响应产品耗材报价清单，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耗材咨询报价清单一览表**  **年 月 日**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号（填响应公告的序号）** | **产品名称** | **响应产品注册证名称** | **注册证号** | **品牌** | **生产企业** | **规格/型号** | **计价单位** | **单价（元）** | **最终报价（现场填写）** | **医保编码及对应的诊疗项目名称（无则填“无”）** | **国家医用耗材代码（27位），无则填“无”** | **是否在省集采阳光平台挂网及商品编码（填是或否）** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**设备报价清单**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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** | | |  | | **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）** |  |
| **制造商是否为中小微企业** | |  | |
| **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 ：** | | | | | | | | | | |

**注：严禁修改表格，除第二次报价及第二次服务承诺、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。**

**公司名称（盖章）：**

**签字确认以最终报价为准，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：**

**法人签字： 联系电话： 现场签字日期： 年 月 日**

云南省第一人民医院国资处制表