**​云南省第一人民医院医学遗传科区域检测中心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** | | |  |
| **产品名称** |  | | **产品型号** | | |  | | **总报价（人民币）** | | |  |
| **系统分项报价（按质保期一年报）** | | | **软件报价** | | |  | | **硬件报价** | | |
| **此报价**  **产品情况** |  |  | | |  | | | |  | | |
| **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。