**­­­­­云南省第一人民医院国家传染病智能监测前置软件部署专线咨询一览表**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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。