附件3：

**朝阳市第二医院（朝阳市妇婴医院）报价单**

报名公司名称： 日期： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 设备名称 | 品牌 | 规格型号 | 生产厂家 | 注册证号/备案号 | 单位 | 数量 | 单价/总价（万元） | 市场占有率（提供使用该型号的三家三甲医院明细，并提供佐证资料，合同或发票复印件附后） | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

1.**到货期限：**签合同之日后个工作日内货到医院指定地点。

2.**保修条件及期限**：该设备质保期 ≥3 年，接到报修通知后小时响应，小时内工程师到达现场。

报价人签名：

联系电话：

附件3：

**设备配置清单**

报名公司名称： 日期： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 名称 | 品牌 | 规格型号 | 生产厂家 | 单位 | 标配及功能 | 标配数量 | 选配及功能 | 备注 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  | 请列全所有配件 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  | 请列全所有配件 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  | 请列全所有配件 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  | 请列全所有配件 |

报价人签名：

联系电话：

附件3：

**设备配套耗材清单**

报名公司名称： 日期： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 名称 | 品牌 | 规格 | 型号 | 单位 | 配套耗材单价 | 适用范围 | 生产厂家 | 备注 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  | 如需使用配套耗材，请列全所有名称、规格、型号及价格（辽宁省耗材采购平台公示价格）； |

报价人签名：

联系电话：