附件：

潍坊高新技术产业开发区人民医院

医疗器械/配件询价采购报价单

注：以下表格左侧项目不可修改删减，右侧红色字体填写完毕后删除，如有疑问可咨询0536-7516085

一、（医疗器械需附上加盖公章的经销商资质文件、厂家资质文件、产品注册证或备案登记表；医院有权根据实际需求追加认为需要的证明文件，经销商拒绝提供的，报价单可视为无效。报价超过预算或质保期未达到要求视为无效报价。）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 1 | 2 | 3 |
| 产品/配件名称 | 设备必须与产品注册证或备案凭证名称一致，配件填写配件名称 |  |  |
| 生产厂家 | 设备生产厂家全称(配件非原厂家供货时，需同时填写并注明配件生产厂家) |  |  |
| 规格/型号 | 医疗器械必须与产品注册证或备案凭证名称一致，维修配件填写配件型号 |  |  |
| 单价（元） |  |  |  |
| 数量 |  |  |  |
| 总价（元） |  | | |

二、

|  |  |
| --- | --- |
| 经销商  /厂家  汇款信息 | 单位名称：  开户银行：  账 号： |

三、

经销商/厂家承诺质保期：验收之日起 年

经销商/厂家名称：（**盖章**）

联系人： 联系电话：

供货时间：签订合同或收到相关通知之日起 天

日期： 年 月 日

以下空白