**询价采购明细及相关说明**

**声明：所有递交报价文件的供应商均视为同意以下内容条款。**

**一、询价采购原则：**

货物单项确认成交供应商；符合参数要求，价格最低。

**二、询价采购货物明细**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 名称 | 数量 | 预算 | 参数 |
| 1 | 移动紫外线消毒车 | 1 | 1000元 | 1、功率≥30w2、双灯管结构3、静态适用面积≥30㎡4、电源电压220v输入5、紫外线波长≥253.7nm6、紫外线辐照强度≥214uw/c㎡7、移动可折叠、灯管可内藏、可多角度调节8、带不小于60min定时，可调9、提供有效的消毒产品生产企业卫生许可证及检验报告 |

供应商需在报价文件中附加技术参数偏离表（因供应商未提供技术参数偏离表或提供的参数偏离表不完整，有权视为同意作为采购商排序的最后一名）

**三、材料说明**

**报价文件附带以下资料**

1、生产厂家资质文件

2、经销商资质文件

3、报价单（因未使用医院提供的报价单模板造成报价信息的不明确，有权视为同意作为采购商排序的最后一名）

**附报价单模板：**

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0536-7516903

一、

（注：医疗器械需附上经销商资质文件、厂家资质文件、产品注册证或备案登记表；医院设备科有权根据实际需求追加认为需要的证明文件）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 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

经销商/厂家报价有效期限：

经销商/厂家名称：（**盖章**）

经销商/厂家电子邮箱： 必填

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