勐海县人民医院 麻醉及移动示教信息系统技术服务 项目报价表

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **公司名称（盖章）** |  | | **报名公司项目负责人** |  |
| **联系电话** |  | | **电子邮箱** |  |
| **第一次报价(单价）** | **小写：** | | **第二次报价（单价）** | **小写：** |
| **大写：** | | **大写： 签名/盖章 ：** |
| **服务承诺：**  **质保:**  **维修到场响应时间：**  **供货期：**  **是否提供备用机： 是 否**  **常驻 地区服务点（距离最近） 名称：**  **可提供的其他免费服务:** | | | | |
| **该项目相关业绩** | |  | | |
| **第二次服务承诺、质保、维修响应时间及其他情况补充说明：**  **签名/盖章 ：** | | | | |

**注：严禁修改表格，除第二次报价及第二次服务承诺、质保、维修响应时间及其他情况补充说明外请按要求逐项填写。**

勐海县人民医院采购办制