**“大玉医”城市医疗集团玉溪市人民医院院内采购**

**谈判（询比）二次报价表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 货物名称 | 品牌 | 型号和规格 | **制造商**规模类型（中型、小型、微型） | 数量 | 单价（元） | 合计（元） | 质保（年） | 产品使用年限（若有）（年） |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 11 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 12 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**售后服务项目：**

1、完成项目时间：

2、其它（培训、配套耗材价格（若有）等）：

**供应商全称（必须要填）：**

**开户银行及账号（必须要填）：**

**法定代表人或委托代理人签字：**

**谈判人联系电话（座机及手机）、邮箱（必须要填）：**

**日期： 年 月 日**

**备注：1、**总价包括运输、保险、安装调试、培训等费用，提供所有设备以及附件的价格清单。

2、品牌型号必须写详细，清楚，并加盖公章。