附件3：

**自贡市沿滩区人民医院报价单**

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） |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  | 1 |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

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≥X年，接到报修通知后 小时响应， 小时内工程师到达现场， 是否提供备用机 是□ 否□， 天不能修复提供备用机。

报价人签名：

联系电话：