**苏州市吴中人民医院医疗设备推介会报价单**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 设备名称 | 品牌 | | 规格型号 | | 数量 |
|  |  | |  | |  |
| 原厂质保期 | （年） | | | | |
| 最终报价 | （万） | | | | |
| 优惠条款 |  | | | | |
| 医疗设备涉及耗材使用的请填写以下内容： | | | | | |
| 耗材名称 | 是否中标 | 中标编码（TY码） | | 中标价格 | |
|  |  |  | |  | |
|  |  |  | |  | |

（说明：论证会报价单请**封存**于信封内，信封**盖公章**）

公司名称（盖章）

签 名 ：

时 间 ：