昆明医科大学第二附属医院医用设备维保咨询一览表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **公司名称（盖章）** |  | | **报名公司项目负责人** |  | **联系电话/电子邮箱** |  |
| **设备名称** |  | | **设备品牌型号** |  | **第一次报价（单价）**  **（人民币）** |  |
| **第二次报价（单价）**  **（人民币）** | **签名/盖章：** |
| **推荐设备情况** | **1、维保内容：** | | | **2、售后响应：** | | |
| **是否提供备用机： 是 否 有（ ）名常驻昆明 厂家工程师**  **可提供的其他其他服务:** | | | | | | |
| **同型号设备国内/省内**  **三甲医院维保情况** | |  | | | | |
| **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。**