昆明医科大学第二附属医院信息系统及设备（系统维护类）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** |  |
| **维护系统名称** |  | **维护内容** |  | **第一次报价（单价）****（人民币）** |  |
| **第二次报价（单价）****（人民币）** | **签名/盖章：** |
| **是否是原系统生产商** |  | **国产/进口** |  | **系统维护最早进入市场时间** |  | **系统使用授权情况** | **承诺医院获得全部使用授权，无系统授权争议** |
| **是否含有耗材/试剂** | **否** | **耗材/试剂报价** | **第一次** | **不适用** | **第二次** | **不适用** |
| **是否有维护外收费的情况** |  | **配套耗材/试剂是否全部进医保？（若进入医保，请填写对应编码）** | **不适用** |
| **系统维护情况** | **1、提供的维护项目（逐项说明）：** | **2、维护使用的工、器具情况：** |
| **维护承诺： 维修响应时间：****到保后维护展延期： 是否提供备用系统（机）： □是 □否 有（ ）名常驻昆明厂家工程师** **可提供的其他免费服务:** |
| **相同系统国内/省内****三甲医院维护情况** |  |
| **第二次服务承诺、质保、运维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。**