昆明医科大学第二附属医院咨询一览表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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** |  | | **设备型号** | |  | **设备生产厂家** |  | |
| **国产/进口** |  | | **注册证** | |  |  |  |  |
| **推荐设备情况** | **1、性能：** | | | | **2、配置：** | | | |
| **配套耗材品牌参考规格及集采价** | **产品名称** | | **注册证号** | **品牌** | **生产企业** | **规格/型号** | **计价单位** | **集采参考价格** |
|  | |  |  |  |  |  |  |
|  | |  |  |  |  |  |  |
| **同型号设备国内/省内**  **三甲医院装机情况** | |  | | | | | | |
| **推荐设备主机解决方案：** | |  | | | | | | |
| **其他情况补充说明：**  **签名/盖章：** | | | | | | | |  |

**注：严禁修改表格，除第二次报价及其他情况补充说明外请按要求逐项填写。**