**报 价 单**

公司名称：

联系人：

联系电话：

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 设备（产品）名称 | 国别 | 生产厂家 | 品牌 | 规格型号 | 数量/  单位 | 单价(元) |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |
| … |  |  |  |  |  |  |  |
| … |  |  |  |  |  |  |  |
| … |  |  |  |  |  |  |  |
| 维保期满后续保费用（填写百分比或金额）： | | |  | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **专机专用耗材（若有）** | | | | | | | | |
| 序号 | 耗材名称 | 规格型号 | 品牌/制造商 | 单价（元） | 使用周期/寿命 | 优惠条件 | 是否为中标产品 | 27位医保码 |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| … |  |  |  |  |  |  |  |  |
| … |  |  |  |  |  |  |  |  |

公司公章：

年 月 日