附件1：

孝感市中心医院

医疗设备产品介绍会报名表

1. 参加介绍产品（请在项目清单中挑选，每个项目一个报名表）：

|  |  |
| --- | --- |
| 序号 | 设备名称 |
|  |  |

1. 报名厂家或代理商：

|  |  |
| --- | --- |
| 报名厂家或代理商全称 |  |
| 联系人 |  | 联系电话 |  | 邮箱和办公电话 |  |

1. 介绍产品：

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 品牌 |  | 规格型号 |  |
| 生产厂家 |  |
| 生产地址 |  |

 公司盖章

 年 月 日

附件2：

孝感市中心医院

 医疗设备产品介绍报价表

供应商名称： 联系人及联系方式：

报价时间： 单位：万元

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 序号 | 项目 |  |
| 1 | 设备名称及型号 |  |
| 2 | 配置清单 |  |
| 3 | 是否有配套耗材 |  |
| 4 | 是否可以收费（医保/非医保） |  |
| 5 | 保修年限 |  |
| 6 | 出保后年度维保费用 |  |
| 7 | 交货期 |  |
| 8 | 报价 |  |

 公司盖章