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：

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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 |  |

 公司盖章