**附件1**

**崇川区卫健委医疗设备院内调研报名及报价表**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 报名供应商名称 |  | 授权联系人 |  |
| 联系电话 |  | 电子邮箱 |  |
| 设备名称 |  | 品牌型号 |  |
| 生产企业 |  | 注册证号 |  |
| 装 机 量 | 国内 本省 | 报价/保修 |  |
| 主要性能  参 数 | 设备使用年限： | | |
|  | | |
| 主要配置  及 附 件 |  | | |
| 主要耗材、易损件清单及报价 |  | | |
| 整机市场报价 | 大写金额： 万元  小写金额：￥ | | |

供应商法人声明：**本人保证所供资料完整准确并愿意承担相应责任！**

法人签字盖章：

供应商（盖章）：

年 月 日