**云南大学附属医院 眼震电图检查系统 技术咨询产品信息一览表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **公司名称（盖章）** |  | **项目负责人** |  | **联系****电话** |  | **电子****邮箱** |  |
| **设备名称** |  | **品牌及型号** |  | **第一次报价****（人民币.万元）** |  |
| **第二次报价****（人民币.万元）** | 签名/盖章 ： |
| **制造商** |  | **国产/进口** |  | **产品投入市场时间** |  | **使用年限****（注册证或使用说明书为准）** |  |
| **主要易损件****及报价** | **第一次：** | **第二次：****签名/盖章 ：** |
| **设备情况** | **1、性能：** | **2、配置：** |
| **服务承诺： 质保: 维修响应时间：****供货期： 有（ ）名常驻昆明 厂家工程师** **可提供的其他服务:** |
| **同型号设备国内/省内三甲医院装机情况** |  |
| **第二次服务承诺、质保、维修响应时间及其他情况补充说明：****签名/盖章 ：** |

**注：严禁修改表格，除第二次报价及第二次服务承诺、质保、维修响应时间及其他情况补充说明外请按要求逐项填写。**

云南大学附属医院设备科制表