附件2

**南浔区第二医疗集团（菱湖人民医院）**

**医疗设备采购需求调查表**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 供货单位（全称） |  | | 单 位 |  |
| 设备名称 |  | | 数 量 |  |
| 生产厂家 |  | | 规格型号 |  |
| 注册证号 |  | | | |
| 配置清单及选配件清单（可附页） |  | | | |
| 报价（元）： | | 大写（人民币）： | | |
| 质量要求及保障 | 提供全新产品：进口设备生产日期一年内、国产设备生产日期半年内；整机保修 年。 | | | |
| 相应消耗品及零配件价格（可附页） |  | | | |
| 其他承诺（增配内容） |  | | | |
| 报价人： 联系电话（手机）：  报价时间： 年 月 日 | | | | |

注：设备中包含打印机需按医院统一型号配置，同意与否请在£内打√。

同意：黑白HP-M405DN £；彩色HP-M254DW £；

不同意：按设备原配置 £；无配置打印机 £。