附件三：

**南昌市人民医院医用设备报价单**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **产品名称****（注册证名称）** | **注册证号** | **生产厂家（品牌）** | **规格****型号** | **单位** | **单价** | **数量** | **总价** | **省内三甲医院****使用情况****（附成交发票）****如无省内三甲，则填省外三甲使用情况** | **特殊产品请标明是否包含配套耗材、是否包含配套校准品/质控品、是否需要第三方质控、是否专机专用、是否需配套设备** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  | **1、****2、****3、****4、** |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

投标单位：

授权联系人：

授权人电话：

**年 月 日**