昆明医科大学第二附属医院医用设备咨询一览表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **公司名称（盖章）** |  | | **报名公司项目负责人** |  | **联系电话/电子邮箱** |  |
| **设备名称** |  | | **设备品牌型号** |  | **第一次报价（单价）**  **（人民币）** |  |
| **第二次报价（单价）**  **（人民币）** | **签名/盖章：** |
| **推荐设备情况** | 1、 工作条件：电源交流200-240VAC±10%，2.5Amps，50HZ  2、技术参数：  3、功能：  4、超声工作频率：  5、超声振幅：  6、是否防脱落或漏水：  7、组成及功能：  8、材质：  9、冲洗模式：  10、超声输出模式：  11、输出功率：  12、清洗方式：  13、消毒方式： | | | | | |
| **可提供的其他其他服务:** | | | | | | |
| **同型号设备国内/省内**  **三甲医院维保情况** | |  | | | | |
| **第二次其他情况补充说明：**  **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。**