**手术推车询价采购报价表（二次询价）**

**报价单位： （盖章） 年 月 日**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **设 备 名 称** | | **品牌/型号** | **采购数量** | **报价（元/台）** |
| 手术推车 | |  | 2台 |  |
| **备 注** | **1. 报价公司必须具备该类设备经营资质，并提供相应证照;**  **2.所报产品相关要求见附件；**  **3.报价表加盖公章密封，于8月2日16：00时前交桐城市人民医院综合采购办公室，本着自愿原则，逾期视为放弃！** | | | |

桐城市人民医院 综合采购办公室

二零一八年 七月二十五日

附件：

**一、产品要求**

1、产品为标配。

2、若有常用耗材（易损件），则耗材（易损件）必须同时报价。

3、必须提供产品彩页及产品说明。

4、设备保修期贰年。