**开标一览表附件**

|  |  |
| --- | --- |
| **采购标包名称** | 医疗设备采购项目 包 |
| **供货期限** | 接到采购人通知 天内交货完毕、安装调试完成 |
| **质保期** | 年 |
| **备注** |  |

供应商名称： （加盖公章）

法定代表人或其委托代理人： （签字或盖章）

日 期： 年 月 日

**分项报价表附件**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **产品名称** | **品牌** | **规格型号** | **数量** | **单位** | **综合单价** | **总价** | **备注** |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ... |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **合计金额（元）** | | | | | | |  |  |

**注：1、应对采购文件所列全部货物和服务进行报价。**

**2、所有报价保留小数点后两位，第三位四舍五入。**

供应商名称： （加盖公章）

法定代表人或其委托代理人： （签字或盖章）

日 期： 年 月 日