**附件1：超声类医疗设备产品信息情况表**

|  |  |
| --- | --- |
| **公司名称** |  |
| **品牌型号** |  | **报价（万）** |  |
| **探头数量** |  | **分类** |  |
| **保修年限** |  | **延保价格** |  |
| **使用期限** |  | **产地** |  |
| **联系人** |  | **联系电话** |  |
| **提供配置（选配内未注明项目，默认为标准配置）** |
| **标准配置：** | **选配项目** | **是否包含在报价中** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| **其他承诺与优惠（可另附页）：****盖章： 签字： 时间：** |

**备注：分类按便携式、全身、妇产、心脏进行选填。**