附件：

普洱市思茅区人民医院单病种管理系统采购项目征询会报价表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **产品类别** | **产品名称** | **数量** | **单位** | **单价/元** | **总价/元（不含接口费）** | **总价/元（含接口费）** | **质保期** |
|  | 硬件 |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 软件 |  |  |  |  |  |  |  |
|  | ..... |  |  |  |  |  |  |  |

**注：1.以上报价内容各供应商可根据自身实际情况进行扩展、补充。**

**2.本表需同时提供纸质版和电子版。**

供应商（盖章）：

法定代表人或委托代理人（签字）：

联系电话：

日期： 年 月 日