**镇雄县人民医院**

**血液透析机（型号：4008S）全维保服务院内询价报价表**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **项目名称** | **型号** | **数量** | **单位** | **维保单价（元）** | **合计（元）** |
| 1 | **费森尤斯血液透析机全维保服务** | 4008S | 8 | 台 |  |  |
| **维保承诺：**完全满足医院维保服务要求。 |
| **备注：本报价单通过现报名提交或发送至指定邮箱（zxxyyyxzb@163.com）方可有效，并附上与本维保服务项目相适应的企业营业执照（三证合一）、相关资质证书、法人授权委托书、被授权人身份证复印件等。** |

**单位法人（签字）：**

**授权委托人（签字）：**

**联系电话：**

**报价人单位（盖章）：**

**报价日期：**