**泸定县人民医院医用胶片配送服务采购项目**

**采购需求**

**报**

**价**

**文**

**件**

**单位名称：**

**联系人：**

**联系电话：**

**邮箱：**

**日期：**

**一、报价单**

报价单

公司名称（盖章）：

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **配送内容** | **生产厂家** | **规格型号** | **预估数量（张/年）** | **报价（元/张）** | **备注** |
| 医用胶片 |  | 医用胶片  14 x17英寸（35x43cm） | 20000 |  | 本项目报价为综合单价，(报价包含租赁配套自助打印设备2套及配送服务），且报价是供应商响应本项目要求的全部工作内容的价格体现，包括所需的成本、税金、利润、管理、风险、保险等一切费用。 |
|  | 医用胶片  8x10英寸（20x25cm） | 25000 |  |

**二、报价产品（医用胶片）的技术参数表**

（格式自拟）

**三、服务方案**

（格式自拟）

1. **配套自助打印设备品牌型号及技术参数**

**（格式自拟）**

**五.公司营业执照复印件、公司经营许可/经营备案等证明材料。**

**（格式自拟）**