**玉溪市人民医院院内医用耗材公开遴选二次报价表**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **标（包）号** | **响应文件耗材序号** | **耗材名称（与医疗器械注册证产品名称一致）** | **型号和规格****（与医疗器械注册证型号、规格一致）** | **单位** | **单价（元）****或云南省药品和医用耗材招采管理系统（耗材阳光挂网参考价格）折扣率 %** |
| 1 |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |

**备注：序号与遴选响应文件所报耗材序号一致，投多个标（包）的注明标（包）号。如果耗材品目较多，可以采用附件的形式单独报价。**

**售后服务项目：**

1、其它（送货时间、退换货、培训等）：

**供应商全称（必须要填）：**

**开户银行及账号（必须要填）：**

**法定代表人或委托代理人签字：**

**遴选供应商联系电话（座机及手机）、邮箱（必须要填）：**

**日期： 年 月 日**

**备注：1、**总价包括运输、保险、安装调试、培训等费用，提供所有设备以及附件的价格清单。

2、品牌**型号**必须写详细，清楚，并加盖公章。