**采购需求方案征集回复函（格式）**

**征集事项名称：永新县人民医院麻醉科自体血液回收机、心脑电图室脑电图机采购需求**

**公司名称：（盖章）**

**联系人：**

**联系电话：**

**电子邮箱：**

**供应商资格：**

**一、采购清单**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **货物名称** | **品牌、制造商全称** | **规格型号** | **数量** | **金额（元）** | **备注** |
| **1** | 自体血液回收机 |  |  | 1台 |  |  |
| **2** | 脑电图机 |  |  | 1台 |  |  |
| **总计** |  |  |

**注：报价需为包干价，包括完成本项目所需的安装费、运输费、调试费、人工费、税费等一切相关费用。**

**二、技术参数、商务条件（包含但不限于售后服务、质保期限）**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **货物名称** | **技术参数** | **货物技术性能优势** | **商务条件** |
| **1** | 自体血液回收机 |  |  |  |
| **2** | 脑电图机 |  |  |  |

**三、其他意见**