**附件：**

**­­­­­个旧市人民医院国家传染病智能监测预警前置硬件采购项目征询表**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **公司名称 （盖章）** |  | **项目负责人 及联系电话** |  |
|  |
| **项目报价** | **（小写）** | **（大写）** |
| **此报价 产品情况** |  |
| **三甲医院 使用情况 （同行案例）** |  |
| **售后： （质保、维保、厂商可提供的其它增值服务 ）** |  |

**备注：请按表格要求逐项填写，勿修改表格。**