附件：

云南省中医医院国家传染病智能监测预警前置硬件项目咨询一览表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **公司名称（盖章）** | |  | | | **报名公司项目负责人** |  | | **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** | | |  | | | | | | | |
| **服务承诺（质保、维保、是否有驻昆工程师、厂商可提供的其他免费服务等）：** | | | | | | | | | | |

注：严禁修改表格，请按要求逐项填写。