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。