附件1

**浙江省人民医院毕节医院医用分子筛制氧系统整体维保服务采购项目四次公开询价报名登记表**

报价单位名称：

单位地址：

联系人： 联系电话：

项目名称：浙江省人民医院毕节医院医用分子筛制氧系统整体维保服务采购项目

备注：我单位已认真阅读并理解贵方发布的浙江省人民医院毕节医院关于浙江省人民医院毕节医院医用分子筛制氧系统整体维保服务采购项目四次公开询价公告，满足贵方“供应商资格要求”的所有内容。我方报名参加本次公开询价活动，并郑重承诺所提供的报价内容真实有效。

单位名称（盖章）：

日期：2024年 月 日

附件2

 **公司 报价单**

报价项目：浙江省人民医院毕节医院医用分子筛制氧系统整体维保服务采购项目

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **项目名称** | **数量** | **价格****（该报价须包含代理服务费等各项成本）** | **备注** |
| **1** | 浙江省人民医院毕节医院医用分子筛制氧系统整体维保服务采购项目 | 1项 |  |  |
| 合计：**(该报价须包含代理服务费等各项成本)**小写： （元） 大写 |

公司名称（盖章）：

联系方式：

 日期：

附件3（参与供应商须根据提供的维保对应自身供询价的参数进行比较并如实填写下表）

维保要求偏离度情况表

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 服务要求 | 供应商响应 | 偏离情况 | 偏离说明 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

我单位承诺：本表偏离度情况表完全属实，是我方参与本次询价的真实情况表达；若因我方所提供响应的设备技术参数实际情况与本偏离表阐述情况不一致的，可以认为我方以虚假材料进行响应。