医疗设备维保公开询比报价单

报价单位： 报价日期： 年 月 日

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 项目名称 | 具体维保设备 | 维保方案简述 | 服务年限 | 总价 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

注：

1、本表需填写完整。如报价单位盖章；业务代表签名；

2、报价人如有其它说明请在以下说明；

报价单位说明：

业务代表（签名）：

联系电话（手机）：

报价单位：（盖章）