附件2

### 报价表

### 项目名称：广东省泗安医院强脉冲光治疗仪（M22）设备维保服务

### 报价供应商名称：

### 报价联系人： 联系电话：

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **项目名称** | **单位** | **报价/元** |
| **1** | **强脉冲光治疗仪（M22）设备维保服务** | 1项 | **1年单价： （元/年）** |
| 如有其他服务报价项，可自行添加行填写。 | | | |
| **备注：** | | | |

注：1.供应商须按要求填写所有信息，不得随意更改本表格式。

2.报价要求说明：报价为包干价，必须为完全响应采购需求内容。报价中漏报、少报的费用，视为此项费用已隐含在报价中，确定采购结果后不得再向我院收取任何费用。

3. 供应商报价以经加盖公章后报价表为准。

供应商名称（加盖公章）：

日期： 年 月 日