**西宁市第三人民医院市场询价报价表**

项目名称： 项目编号：[SCDY-2025-004] 填报日期：

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 公司名称 | 联系人 | 报价（万元） | 产品市场在用情况 | 售后方案 | 备注 | 供货商 |
| 1 | 生产厂家 | 姓名电话 | 分项报价（单价） | 肠内营养制剂需求机构配送案例说明。①机构名称②配送制剂种类及单价 | ①售后质保期限  ②售后服务响应时间（送货时间） | 配送服务方案（包括①详细的供货流程以及完整的运输配套工具；②配送实施计划；③配送保障措施） | 配送企业名称 |

填表说明：1.“序号”项请按照官网公告清单列表标注的产品相关序号填写。2.“产品市场在用情况”项应明确填写报名机构一年内青海省内供货记录。

注意：

1.报价表内所有信息请务必填写完整（包括表头部分的报名公司、联系人等项目），如有空项按无效表格处理。

2.此报价单书写完善加盖公章后，一份在市场调研当天现场交予工作人员。另一份以可编辑的Word文档形式电子版发邮箱（xnsdsrmyyzzb@163.com）。