**呈：**

**西宁市第三人民医院**

**[XXK-2025-01]**

**市场调研文件**

**项目序号：xxk-2025-01**

**项目名称：AI辅助医学影像智能诊断项目**

**公司名称：**

**供应商：**

**联系电话：**

西宁市第三人民医院：

我方已全面研究贵单位关于“西宁市第三人民医院市场调研公告[xxk-2025-01]”的全部文件，决定参加贵单位组织的市场调研。我方授权（姓名、职务）代表（公司名称）全权处理本次市场调研的有关事宜。

我方现作出如下承诺：

一、我方已知晓全部调研文件的内容，包括修改文件（如有）以及全部相关资料和有关附件，并对上述文件均无异议。

二、我方愿意提供贵单位可能另外要求的，与调研有关的文件资料，并保证我方已提供的资质、文件和将要提供的文件资料真实、准确，同时符合贵单位相关要求，并愿意对此承担一切法律后果。

三、我方承诺所上交的所有资质、文件，皆为原件扫描件且真实有效。如提供虚假资料自愿承担所有责任，包括但不限于取消报名资格、5年内禁入医院、追究相关法律责任等。

投标人名称（盖单位公章）：

法定代表人或授权代表（签字）：

日期：

**西宁市第三人民医院市场调研报价表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 报名公司： | | | | | 联系人： |  | | | | | 填报日期： | |
| 序号 | 项目名称 | 数量 | 公司名称 | 拟销售单价（万元） | 质保价格 | 售后方案 | 工期（天） | 环境要求 | 供货商 | 供货商联系人 | | 联系手机 | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  | |

**注意：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。**