|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **郎溪县中医院医疗设备维修询价函** | | | | | | |
| **设备名称型号：飞利浦彩色超声诊断仪 HD15** | | | | | | |
| 报 价 方： | | | 询 价 方： 郎溪县中医院 | | | |
| 报 价 人： | | 电 话： | 发 件 人：段国祥 | | 电话：13865340288 | |
| 签发人： | | 传 真： | 签 发 人：段国祥 | | 询价日期：2025年8月8日 | |
| 报价日期： |
| **采购货物或服务的品种、规格型号、数量及报价栏** | | | | | | |
| 序号 | 维修部位 | | 质保期（年） | 单价 | 金额（元） | 备注 |
| 1 | 序列号：US51520454 故障现象彩色血流花屏 ACB故障 | | 壹 |  |  | 所更换配件必须全新件 |
| 2 | 序列号：USD1421007 开机报错0030  AIM故障 | | 壹 |  |  |
| 3 | 序列号：US51520453开机报错0022  AIM故障 | | 壹 |  |  |
|  | 合计大写： 小写： | | | | | |
| 1、请于2025年 8月14日前予以报价，报价有效期： 7 天。(询价函密封盖公章快递至郎溪县亭子山路99号郎溪县中医院医学装备科段国祥13865340288) | | | | | | |
| 2、提供询价函时同时提供公司有效资质证件及产品相关证件。 | | | | | | |
| 3、交货方式及费用负担：供方负责送货至需方指定地点，运输费用由供方负责承担；各类税费、其他费用（包括各种不可预见费用）均包含在报价中。 | | | | | | |
| 4、交货期限：签订合同后3 天内交货，交货地点：郎溪县中医院 。 | | | | | | |
| 5、付款方式：维修使用正常后付合同款90%，质保期满后10日内付清余款。 | | | | | | |
| 6、具体交货时间、地点、名称、品牌、规格、数量、价格等以签订的合同为准 。 | | | | | | |
| ***报价单位签字（盖章）：*** | | | | | | |

**注：未中标单位不再另行通知。**