

一、报价表及报价文件

附件 1-1 报价表

报价表

政府采购计划编号：州财采计【2024】000045 号

项目名称：豪洛捷数字乳腺 X 线摄影系统维保项目

包号： / 包名称：豪洛捷数字乳腺 X 线摄影系统维保项目

报价	其他内容
小写金额：¥1318000（人民币元） 大写金额：人民币壹佰叁拾壹万捌仟元整（人民币元） (大写金额与小写金额不一致时，以大写金额为准)	维保服务期：5 年

注：本表须按包填写，一个“包号”一份。

供应商名称(盖单位公章)：湖南辰凌医疗设备有限公司

法定代表人(单位负责人)或其授权的代理人(签字或印章)：_____

日期：2024 年 7 月 7 日

附件 1-2 分项报价说明

分项报价说明

注：1. 供应商应按谈判文件第二章相关要求，对本节“分项报价明细表”进行编制，并说明。

附件 1-3 分项报价明细表

分项报价明细表

政府采购计划编号：州财采计【2024】000045 号

项目名称：豪洛捷数字乳腺 X 线摄影系统维保项目

包号： / 包名称：豪洛捷数字乳腺 X 线摄影系统维保项目

标的名称	规格型号（或服务要求）	数量/ 单位	金额（元）		备注
			单价	小计	
1 豪洛捷数字乳腺 X 线摄影系统维保项目	豪洛捷数字乳腺 X 线摄影系统(型号: DIMENSIONS)1 台 设备整机全保服务	5年	263600	1318000	/
报价（元）：人民币壹佰叁拾壹万捌仟元整 ¥1318000元					

注：1. 本表应对应“报价表”，按包填写。供应商如果不提供分项报价明细表，其响应无效。

2. 不得填写“免费”或“赠与”，也不得进行“零”报价，否则响应无效。

供应商名称(盖单位公章)：湖南辰凌医疗设备有限公司

法定代表人（单位负责人）或其授权的代理人（签字或印章）：_____

日期：2024 年 7 月 7 日