**徐州医科大学附属医院采购中心采购报价单**

项目名称：精麻药品保险柜

参数要求：见附件 联系方式：赵老师 0516-85805093

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 产品名称 | 规格型号 | 数量 | 单价 | 总价 | 厂家/品牌 | 备注 |
| 1 | 保险柜 | 35\*25\*25CM | 72 |  |  |  |  |
| 2 | 保险柜 | 37.5\*30\*30CM | 5 |  |  |  |  |
| 3 | 保险柜 | 38\*43\*69CM | 1 |  |  |  |  |

供货期： 质保期：

**说明：**1、**以上价格应包含包装费、运杂费、安装材料费、人工费用、调试费用、各种风险费、税金等一切费用。**

2、本次报价的产品供应商要保证为原厂商产品，能够获得原厂商的售后服务。

3、请贵公司将各级授权单位经营医疗器械资格证书、营业执照、税务登记证、按国家规定的医疗器械注册证、投标产品销售代理证明或者制造厂家授权书等有关文件（加盖公章），同报价单一起装袋密封、封口处加盖公章，资料袋封面注明询价项目。

4、本次报价材料递交时间是**2024年11月15日上午10：00**，请在此时间段内将报价材料送至徐州医科大学附属医院采购中心办公室，过期按自动放弃报价处理。

5、若中标供应商未按时供货、不履行合同或者在规定时间内不签订合同的，将按不良行为上报至政府采购监管部门。

报价单位：（盖章）

联 系 人：

联系电话：