**附件1：河源市人民医院医疗设备维修报价信息表**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 所报项目名称 | 　 | 采购咨询编号 |  |
| 供应商名称 | 　 | 供应商联系人及电话、邮箱 |  |
| 维修报价（元） | 　 |  维修期限（天） |  |
| 保修期限 |  |
| 维修方案： |
|  签名确认： 供应商名称： （公章） 年 月 日 |
|  |
|