**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 | | | |
|  | | | |
|