**设备信息表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **设备名称** | |  | | | **品牌** | |  | | **型号** |  |
| **单价（元）** | |  | | | **质保年限（整机+配件）** | |  | | **年保价格** |  |
| **数量（台/套）** | |  | | |
| **总价（元）** | |  | | |
| **收费项目编码、名称+价格（同步提供依据文件）** | | | | |  | | | | | |
| **易损易耗配件、耗材、试剂（***如项目多，请另附页***）** | | | | | | | | | | |
| **序号** | **耗材、试剂名称** | | **规格** | **优惠单价** | | **类别** | | **准入医院** | **收费情况** | |
|  |  | |  |  | | □专机专用（耗材、试剂）  □开放型耗材、试剂  □**易损易耗部件** | | □已准入  □未准入 | □耗材可单独收费**（请提供依据）**  □耗材不可单独收费，与项目打包收费 | |
|  |  | |  |  | | □专机专用（耗材、试剂）  □开放型耗材、试剂  □**易损易耗部件** | | □已准入  □未准入 | □耗材可单独收费**（请提供依据）**  □耗材不可单独收费，与项目打包收费 | |
|  |  | |  |  | | □专机专用（耗材、试剂）  □开放型耗材、试剂  □**易损易耗部件** | | □已准入  □未准入 | □耗材可单独收费**（请提供依据）**  □耗材不可单独收费，与项目打包收费 | |
| 价格应包含下述内容： 1）用户需求内的所有硬件以及软件费用； 2）相关技术服务费用：安装、调试、培训、至少1年免费全保修等，如为放射诊疗设备、压力容器，须要包括有资质第三方验收检测的费用。 | | | | | | | | | | |

注：本公司承诺上述信息真实、有效，如有虚假，本公司承担由此引起的一切责任。

公司名称(公章)： 联系人（手写签名）： 联系方式： 日期：

**设备信息表【demo，无需打印】**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **设备名称** | | 高频电灼仪 | | | **品牌** | XXXX | | **型号** | BODY TITE |
| **单价（元）** | | XXXX元 | | | **质保年限（整机+配件）** | 3年 | | **年保价格** | X元/年（含手柄） |
| **数量（台/套）** | | XX | | |
| **总价（元）** | | XXXX元 | | |
| **收费项目编码、名称+价格（同步提供依据文件）** | | | | | **311400038激光治疗腋臭（单侧） 115元** | | | | |
| **易损易耗配件、耗材、试剂（***如项目多，请另附页***）** | | | | | | | | | |
| **序号** | **耗材、试剂名称** | | **规格** | **优惠单价** | **类别** | | **准入医院** | **收费情况** | |
| 1 | 手柄附件 | | 1个 | XXXX元 | □专机专用（耗材、试剂）  □开放型耗材、试剂  √**易损易耗部件** | | □已准入  √未准入 | □耗材可单独收费**（请提供依据）**  √耗材不可单独收费，与项目打包收费 | |
|  |  | |  |  | □专机专用（耗材、试剂）  □开放型耗材、试剂  □**易损易耗部件** | | □已准入  □未准入 | □耗材可单独收费**（请提供依据）**  □耗材不可单独收费，与项目打包收费 | |
|  |  | |  |  | □专机专用（耗材、试剂）  □开放型耗材、试剂  □**易损易耗部件** | | □已准入  □未准入 | □耗材可单独收费**（请提供依据）**  □耗材不可单独收费，与项目打包收费 | |
| **价格应包含下述内容： 1）用户需求内的所有硬件以及软件费用； 2）相关技术服务费用：安装、调试、培训、至少1年免费全保修等，如为放射诊疗设备、压力容器，须要包括有资质第三方验收检测的费用。** | | | | | | | | | |

注：本公司承诺上述信息真实、有效，如有虚假，本公司承担由此引起的一切责任。

公司名称(公章)： 联系人（手写签名）： 联系方式： 日期：