

## 苏州高新区人民医院 手术放大镜医疗设备采购 项目报价单

响应日期：2025年 月 日						
客户单位	单位：苏州高新区人民医院	联系人：	鲁岳	联系方式：	0512-69585039	
响应单位	报价单位（盖章）：					
	联系人：			联系方式：		
序号	产品名称	数量	单位	单价（元）	小计（元）	响应设备品牌、型号
1	手术放大镜	1	套			
2	手术放大镜（配医用头灯）	1	套			
合计金额：		人民币大写：_____（ ¥ ）				
质保期：		_____年				
承诺交付周期为：		_____天				
提供的其他优惠条件或服务：						

**备注：**

1. 以上报价需为每项单独报价，所报价格为一次不可更改的价格，报价包括完成项目所需的货物、人工、税费、交通、保险、利润等一切费用；
2. 质保期**不得低于3年**，质保期内提供7\*24小时售后服务，响应时间为2小时。
3. 付款方式：本项目无预付款，设备交付完成经采购方验收合格后支付中标金额的90%，质保到期后支付10%。