附件1：

**技术参数响应参考模版及要求**

|  |
| --- |
| 供应商名称（盖章）：\*\*公司 |
| 填报时间：\*年\*月\*日 |
| 联系人：张三 联系电话：123456789 |
| 详细技术参数：（请按以下格式，以政府采购中技术参数要求填报，注：以下格式中出现的数据仅为举例使用） （一）车辆部分 1、整车要求：  ★1.1 车长≤9m 1.2... 2、改造要求： .... （二）DR机： ▲1、功率≥50kw 2、.... （三）便携式彩超： 1、... 2、... . . ★(十)配置清单： 1、\*\*车×1台 2、DR机×1台 3、便携式彩超1台 4、..... |
| 响应产品分项明细报价情况：（请按以下格式，参考政府采购中分享明细报价表要求填写，注：以下格式中出现的数据仅为举例使用）   |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | 整体报价合计（万元） | 产品名称 | 生产厂家 | 品牌 | 型号 | 数量 | 单价报价（万元） | 小计报价（万元） | | 100 | 体检车 |  |  |  | 1 | 20 | 20 | | DR机 |  |  |  | 1 | 40 | 40 | | 便携式彩超 |  |  |  | 2 | 5 | 10 | | 心电图机 |  |  |  | 2 | 10 | 20 | | ...... |  |  |  | 1 | 10 | 10 | |
| 体检车整体全保标配时间：\*\*年（本次采购我院要求车辆其配套的所有医疗设备、其他设施等整体全保，请填报在上述报价基础上可以给出的全保时间） |
| 脱保后体检车整体全保报价：\*\*万元/年（不要填每个产品分项维保价格，须填写车辆及其配套的所有医疗设备、其他设施等脱保后整体全保每年的报价） |