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≤9m1.2...2、改造要求：....（二）DR机：▲1、功率≥50kw2、....（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） |