**报价单（低温冷冻治疗系统）**

公司名称：

联系人：

联系电话：

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **设备名称** | **国别** | **生产厂家** | **品牌** | **规格型号** | **数量/****单位** | **单价(元)** |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |
| … |  |  |  |  |  |  |  |
| … |  |  |  |  |  |  |  |
| … |  |  |  |  |  |  |  |
| 维保期满后续保费用（填写百分比或金额）： |  |
| **配置清单（若有必须提供）** |
| 序号 | 配置名称 | 数量 | 单位 | 单价（元） | 使用周期/寿命 | 优惠条件 |
| 1 |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |
| … |  |  |  |  |  |  |
| **专机专用耗材（若有）** |
| 序号 | 耗材名称 | 规格型号 | 品牌/制造商 | 单价（元） | 使用周期/寿命 | 优惠条件 |
| 1 |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |
| … |  |  |  |  |  |  |

 公司公章：

 日期： 年 月 日