**附件1：采购需求及响应报价表**

**项目名称：广西医疗机构制剂与药食同源产品工程研究中心全自动脑立体定位仪等设备采购**

**项目编号:** GUCM-2024-XJ-045-LF

**说明：1.本需求中的相关参数有不明确或有误的，报价人请以详细、正确的参数另做附件。**

**2．报价人必须自行为其报价产品或服务侵犯其他供应商担相应法律责任。**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **一、采购需求** | | | | | |
| **序号** | **采购项目名称** | **数量单位** | **采购需求** | | |
| 1 | 全自动脑立体定位仪 | 1台 | 详见附件3：采购需求 | | |
| 2 | 通用三维扫描仪 | 1台 | 详见附件3：采购需求 | | |
| **二、供应商响应情况** | | | | | |
| 参数响应情况：无偏离 ； 商务响应情况：无偏离 | | | | | |
| **三、供应商报价（必要时可另附清单）** | | | | | |
| **报价说明**：报价总价须包含如产品价格、运输费、安装费、税费等全部费用。 | | | | | |
| **序号** | **内容** | **计量 单位** | **总量** | **单价/元** | **金额（元）**  **（总量×单价）** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| 报价总价：大写： ；小写人民币： | | | | | |

供货商名称（盖章）：

法定代表人或委托代理人（签字）

联系人及联系电话：

报价日期： 年 月 日