珠海市第三人民医院医疗设备维修报价单

报价公司名称：

联系人：

联系方式：

联系地址：

开户行及银行账号：

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **设备名称** | | 彩色多普勒超声诊断系统 | | **设备型号** | S8EXP | | |
| **故障表现** | | | | **检测结果及维修方案** | | | |
|  | | | |  | | | |
| **维修费/更换配件报价** | | | | | | | |
| 序号 | 名称 | | 型号 | 单价（元） | 数量/单位 | 总价（元） | 保修期 |
| 1 |  | |  |  |  |  |  |
| 2 |  | |  |  |  |  |  |
| 合计 | | | | |  |  |  |
| 备注（报价有效期等）： | | | | | | | |

注：本报价单为珠海市第三人民医院模板报价单。

报价单位：

报价日期：