市 场 调 研 报 价 表

泗洪县第一人民医院：

我公司参加贵院 项目调研，经明确告知并充分理解本次报价，我公司对本项目价格及售后做如下承诺：

1. 本次报价

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **品名** | **生产厂商（品牌）** | **型号** | **数量** | **单价（元）** | **单项合计（元）** | **材质要求** |
| 1 | 洞巾 |  | 60\*90 | 100 |  |  | 墨绿线绢T65/C35,纱织23\*23密度106\*59 |
| 2 | 中单 |  | 160\*200 | 250 |  |  |
| 3 | 治疗巾 |  | 60\*90 | 600 |  |  |
| 4 | 洗手衣 |  | XL XXXL | 400 |  |  |
| 5 | 大洞巾 |  | 320\*200 | 300 |  |  | 纯棉墨绿纱卡纱织 21\*21密度108\*58 |
| 6 | 手术衣 |  | XL XXXL | 200 |  |  | 纯棉墨绿纱卡纱织20\*16密度128\*60 |
| 7 | 大包布皮 |  | 180\*180 | 100 |  |  |
| 8 | 床罩 |  | 90\*200（两头松紧） | 50 |  |  | 墨绿线绢T65/C35,纱织23\*23密度106\*59 |
|  | 合计 |  |  |  |  |  |  |

备注：预算用量为年度预算，清单的数量为招标暂定数量，结算时以实际数量为准

1. 售后承诺

1、保修期： 年，供货期 。

 保修范围：

公司名称：

法定代表人或被授权人签名：

联系人： 电话：

日期： 年 月 日