**长兴县中医院医疗设备市场征询确认书**

产品名称：

产品品牌型号：

产品生产企业：

展会入围价（万元）： 确认供应价（万元）：

确认内容：

1.保修（原厂全保）年限（并写明出保后保修价格）：

2.设备使用年限：

3.配套耗材（如有耗材请写明价格及线上平台代码）：

4.设备在同类产品中的优势和领先点：

3.详细配置及培训方案：

4.浙江省客户名单（同型号）：

确认人单位和职务： 确认人签名：

确认人身份证号： 确认人联系方式：

确认时间：