**医院网络安全服务项目市场调研专用表**

**询价地点：惠州市中大惠亚医院 时间： 年 月 日**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **采购项目名称** |  | | | | |
| **供货商/生产商** |  | | | | |
| **联系人及联系电话** |  | | **邮箱地址\*** | |  |
| **资质审查：** | 营业执照： 有□无□ | | 其他资质： 有□无□ | | |
| **询价方式：** | 面谈 □ | 电话 □ | | 其他 □ | |
| **其他医院案例：** | 1.医院名称： 成交价格：  （案例名称： ）  2.医院名称： 成交价格：  （案例名称： ）  3.医院名称： 成交价格：  （案例名称： ）  其他说明： | | | | |
| **供货商确认** | 1. **拟销售价格（具体明细详见报价单）：** 2. **免费质保/维护期：** 3. **其他：**   **签名确认（盖章）：**  **2022 年 月 日** | | | | |