**原采购文件内容1：**

**附件四：配件进货单据或供货清单**

**配件进货单据或供货清单**

项目编号**：**

项目名称**：**山东大学齐鲁医院医疗设备维保服务项目（GE VIVID E9彩超）

配件进货单据或供货清单需体现购货单位名称、销售单位名称、销售单位联系人及联系方式，并加盖购、销单位公章。

**（注：★有下列情形之一，按无效响应处理：**

**1）未提供配件进货单据或供货清单的；**

**2）配件进货单据或供货清单未加盖购、销单位公章的；**

**3）购货单位与供应商名称不一致，且供应商未提供有效证明材料的；**

**4）配件进货单据或供货清单未体现销售单位名称、销售单位联系人及联系方式的，或供应商未提供有效销售单位证明材料的。）**

供应商名称（公章）：

法定代表人或授权代理人签字（或盖章）：

 年 月 日

**现变更为：**

**附件四：报价明细表**

**报价明细表**

项目编号**：**

项目名称**：**山东大学齐鲁医院医疗设备维保服务项目（GE VIVID E9彩超）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 服务项目 |  | 金额（元） |
| 1 |  |  |  |
| 2 |  |  |  |
| 3 |  |  |  |
| 4 |  |  |  |
| … | … |  |  |
|  | 总价 | 小写：大写： |  |

注：供应商的报价应包括但不限于完成本项目所需人工、运输、交通、设备、包装、装卸、就位、成品保管、保险、安装、调试、验收、培训、设计和技术资料费、专用工具费、备品备件费、服务费、交付用户使用前的一切费用、质保期内的日常维护保养费用、利润、因国家政策调整等不可抗力引起的相关税费、服务期的风险系数等本项目执行过程中可能发生的一切税费、采购文件明示或隐含的全部费用。

供应商名称（公章）：

法定代表人或授权代理人签字（或盖章）：

 年 月 日

**原采购文件内容2：**

**附件六：项目拟投入人员情况一览表**

**项目拟投入人员情况一览表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 本项目中的分工或专业 | 姓名 | 年龄 | 学历 | 所学专业 | 职称 | 执业资格证书情况（多个证书的，同时列出） |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

**说明：本表后附每个项目成员的身份证、职称证（如有）、执业资格证（如有）等。**

供应商名称（公章）：

法定代表人或授权代理人签字（或盖章）：

 年 月 日

**现变更为：**

**附件六：项目拟投入人员情况一览表**

**项目拟投入人员情况一览表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 本项目中的分工或专业 | 姓名 | 年龄 | 学历 | 所学专业 | 职称 | 执业资格证书情况（多个证书的，同时列出） |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

**说明：本表后附项目成员的相关证件。**

供应商名称（公章）：

法定代表人或授权代理人签字（或盖章）：

 年 月 日