|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **仪征市中医院医疗设备维保报价单** | | | | | |
| **申请维修科室：** | | **设备编号：** | | **使用年限：** | |
| **设备名称：** | | **设备型号：** | | | |
| **故障现象：** | | | | | |
|
| **处理措施：** | | | | | |
| **维修报价明细** | | | | | |
| **序号** | **更换维修配件内容** | **单价** | **数量** | **总价** | **厂家** |
| **1** |  |  |  |  |  |
| **2** |  |  |  |  |  |
| **3** |  |  |  |  |  |
| **...** |  |  |  |  |  |
|  | **人工费：** |  |  | **保修期：** |  |
| **维修报价：** | | **谈定价格：** | | | |
| **检修单位：** | | **送修单位：仪征市中医院** | | | |
| **地址：** | | **地址：仪征市沿山河东路899号** | | | |
| **单位负责人：** | | **联系电话（传真）：18066023108** | | | |
| **联系电话：** | | **责任工程师：** | | | |
| **维修工程师：** | | **科室负责人：** | | | |
| **开户银行：** | |  | | | |
| **账号：** | |  | | | |
|  | |  | | | |
|  | |  | | | |
| **日期：**  年 月 日 | | **日期：**  年 月 日 | | | |
| **备注：** | | | | | |
|