**报名表**

南通市第二人民医院：

根据贵院网站打印服务市场了解公告，我公司愿意参与项目市场了解，具体报名信息如下：

公司名称：

联系人：

手机号码：

电子邮箱：

报价：元（大写：）/年

公司名称（盖章）：

报名日期：

**需提供打印机清单及品牌要求**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **设备名称及品牌要求** | **数量** | **硒鼓及墨盒品牌要求** | **提供打印机品牌** | **规格型号** | **提供硒鼓及墨盒品牌** |
| **A4页面黑白激光打印机（惠普、佳能、奔图）** | **267** | **原厂、格之格、向辉** |  |  |  |
| **A4页面黑白激光打印、复印、扫描一体机（佳能、奔图）** | **18** | **原厂、格之格、向辉** |  |  |  |
| **A4页面彩色A4打印机（惠普）** | **39** | **原厂、格之格、向辉** |  |  |  |
| **A4页面彩色喷墨打印机（Epson）** | **14** | **原厂** |  |  |  |
| **A3页面黑白激光打印机（惠普）** | **4** | **原厂** |  |  |  |
| **说明：**1. **所提供打印机及耗材需为全新原装；**
2. **所需打印机数量为预估数，具体数量以院方需求为准，后续如有增加，供应商应按需提供；**
3. **供应商需提供全院打印机维修服务，包括院方自有，维修费用包含于项目总价中；**

**4、供应商需至少提供1人驻场服务，每周驻场服务不得少于2天。** |