**项目情况了解表**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **公司全称**  **（加盖公章）** |  | | |
| **法定代表人或授权代表**  **（签字）** |  | 联系电话 |  |
| **填表日期** | 年 月 日 | | |
| **项目名称** | 南通市第二人民医院传染病智能监测预警前置服务器项目 | | |
| **公司承诺** | 我公司对本次项目的需求全部了解，所有配置和服务满足三级医院要求，报价含项目所有费用，包括但不限于高级部署服务、软件永久授权等。 | | |
| **项目总费用**  **（元）** | 最后确认的报价：  大写：  小写： | | |
| **工期** | 月 | | |
| **质保期** | 年 | | |
| **是否已提供办事处地址信息及人员信息** |  | | |
| **是否已提供南通大市用户名单** |  | | |
| **是否已提供南通大市外省内用户名单** |  | | |
| **是否已提供案例合同** |  | | |
| **其他优惠条件** |  | | |