**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** |  |