|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **云南省曲靖中心医院医学装备维修报价单（万元以上）** | | | | |
| **申请维修科室：** | | **设备编号：** | | **使用年限：** |
| **设备名称：** | | **设备型号：** | | |
| **资产卡片号：** | | | | |
| **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** |
| **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：云南省曲靖中心医院** | | |
| **地址：** | | **地址：云南省曲靖市麒麟区园林路1号** | | |
| **单位负责人：** | | **联系电话（传真）：0874-3320319** | | |
| **联系电话：** | | **责任工程师（签章）：** | | |
| **维修工程师：** | | **科室负责人（签章）：** | | |
| **开户银行：** | | **医疗支持保障部**  **医学装备科（签章）：** | | |
| **账号：** | | **院领导（签章）：** | | |
|  | |  | | |
|  | |  | | |
| **日期：**  年 月 日 | | **日期：**  年 月 日 | | |
| **备注：** | | | | |
|