|  |
| --- |
| **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：** |
|