**供应商须知**

**一、供应商须提供证明材料**

1、营业执照、基本开户证明（复印件加盖公章）

2、法定代表人授权委托书及授权代表身份证复印件；

3、报价表

**按以上要求提供证相关证件及资料各一份、不可缺项，按顺序装订。**

**二、供应商须满足以下要求**

1、付款方式：安装并验收合格后，一次结清货款。

2、设备安装期：5天

3、报价为一次性报价，包括供货、辅材费、运输费、装卸费、保险费、检验费、售后服务、税金所需的一切费用。

报价表

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 产品名称 | 数量 | 参数 |
| 1 | 牙科综合  治疗机 | 1台 | 1、冷光口腔灯可进行无极调节。  2、漱口水温度：具备恒温加热功能。  3、具备水、空气、负压体统过滤功能。  4、配备医师椅、护士椅。  5、具备额定保护形式及保护程度。 |
| 总价 | |  | |
| 设备品牌及型号 | |  | |