**附件2：**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **技术参数建议信息表** | | |
| 项目名称 | 贵州省区域医疗中心设备更新项目（一期）—项目1 | |
| 附件1对应信息 | 序号： | 设备名称： |
| **技术参数建议** | **请注意：**建议内容并非提供一份新的技术参数，而是围绕附件1的内容作出增加、删减或调整（如跟预算、用途不匹配等情形）建议，须写清楚理由；涉及附件1内容不具竞争性的情形，须同时附证明材料（如产品白皮书、彩页、产品生产厂商书面声明等）。另附材料须加盖公章。 | |
| 可能涉及的运行维护、升级更新、备品备件、耗材等后续采购建议或其他建议 |  | |
| 公司名称（加盖公章）： | | |
| 联系人及电话： | | |
| 日 期： 年 月 日 | | |