**服务应答表**

项目名称：主院区数字减影血管造影系统球管更换服务采购项目

项目编号：HXGJXM2025-ZC-DY1004

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 单一来源文件规格☆1 | 单一来源响应文件规格 ☆2 | 偏离说明 | 备注 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

供应商名称： （加盖单位公章）

法定代表人或被授权人: (签字或盖章)

日期： 年 月 日

注: 1、☆1 指谈判文件中的技术、服务要求,供应商应按照谈判文件中的内容逐项响应。

2、☆2指供应商拟提供的响应产品的技术功能及服务要求,供应商应逐条如实填写并提供相应的支持文件。

3、偏离说明填写：优于、等于或低于。