**附件五：**

**询价采购报价文件**

会理市人民医院

兹报送：会理市人民医院信息科应对国家医保飞行检查（医疗保障基金飞行检查数据提取服务）询价采购报价单一份。

报价单位（盖章）：

经办人： 电话：

报价日期： 年 月 日

（备注：此表填写盖章后贴于快递封面）