**附表一：**

**询价采购报价文件**

会理市人民医院

 兹报送：会理市人民医院药剂科全自动片剂分包机维保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）