**附表一：**

**询价采购报价文件**

会理市人民医院

 兹报送：会理市人民医院耳鼻咽喉科内窥镜全自动洗消机一台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）