**附表二：**

**会理市人民医院询价采购报价单**

公司(盖章)： 报价单位代表： 联系电话： 报价日期：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **项目名称** | **品牌** | **规格型号** | **生产厂家（全称）** | **单价** | **数量** | **总价** | **备注** |
|  |  | / | / | / |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | （表格不够可自行添加） |  |  |  |  |  |  |  |
| **合计：** |  |  |  |  |  |  |  |  |

**备注：报价需包含基础运输费（含车辆使用费、燃料费、驾驶员及押运员劳务费、保险费等）、卸车费、应急处理费（如医疗废物泄露、交通事故等）、税费等所有相关费用。**