**附件一：**

**询价报价文件**

会理市人民医院

# 兹报送：会理市人民医院新采购自助机和现有自助机改造升级询价公告

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）**