**附件一：**

**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纯音听力计一台报价单一份。

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）