# **附件二：**

**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（元）** | **数量** | **总价** | **备注** |
| **1** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **2** |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | （表格不够可自行添加） |  |  |  |  |  |  |  |
| **合计：** |  |  |  |  |  |  |  |  |

备注：所有报价包含税款和运费，发票类型为增值税普通发票，服务期限一年，以实际印刷数量结算。