**附件一：**

**询价采购报价文件**

会理市人民医院

# 兹报送：信息科药品医保追溯码扫码设备5台、医保人脸识别设备10台询价采购报价文件一份。

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）**