**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** | **产品名称** | **品牌** | **规格型号** | **生产厂家（全称）** | **质保期** | **单位** | **单价** | **数量** | **合计** |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | （表格不够请自行添加） |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **合计：** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

备注：**1、报价单内各项目内容均需填写完整。**

1. **所有报价包含税款和运费，发票类型为增值税普通发票。**