

附表一：

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	型号	生产厂家（全称）	合计（元）
1					
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。