临海市中医院医共体医疗设备公开询比报价单

报价单位： 报价日期： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 设备名称 | 规格型号 | 生产厂商 | 单位 | 数量 | 单价 | 总价 | 保修期限 | 其它承诺 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

注：

1、以上报价包含产品到达甲方并能正常使用所需的一切费用。

2、本表需填写完整。如报价单位盖章；业务代表签名；

3、报价人如有其它说明请在以下说明；

报价单位说明：

业务代表（签名）：

联系电话（手机）：

报价单位：（盖章）