附件：

滁州市第二人民医院药械科自主采购询价单

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **设备名称** | **规格型号** | **生产厂家** | **单价** | **数量** | **金额** | **备注** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| **供货期：** | | | | **质保期：** | | | |
| **金额合计 小写： 大写：** | | | | | | | |

以上报价以人民币结算，包含运输、安装、调试直至交付使用等流程中全部费用。

报价单位名称（盖章）：

报价单位联系人：

联系人电话：