**附件2**

\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*报价表

致：乐至县人民医院

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序 号 | 产品名称 | 生产厂家 | 规格型号 | 数量 | 单位 | 单价 | 备注 |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |   |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

供应商名称（盖鲜章）：

法定代表人或授权代表（签字）

联系电话：

时间：