**附表**

**寿县卫健委信息化采购项目项目询价报价函**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **货物名称** | **所投产品品牌、型号及技术参数** | **参数响应情况** | **数量** |
|  | **品牌** |  |   |   |
| **型号** |  |

注：此表内容若单页填不下，可按同样格式扩展，但每页均需盖投标供应商公章；必须确保公章清晰。

合计报价（大写）：   元 （￥：   元）单位：人民币元

供应商名称（盖单位盖章）:

法定代表人或联系人（签名）：

联系电话：

日期：  年 月  日