**附表**

**寿县寿春镇中心卫生院经颅磁刺激仪、超声低频电治疗仪等设备采购及安装项目询价报价函**

 **项目编号： （报价必须严格按此格式，其他格式将不被接受）**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **序****号** | **名称** | **参数要求** | **所投产品品牌、型号及技术参数（须详细描述）** | **参数****响应****情况** | **数量** | **单价（元）** | **合价（元）** | **供货完成时间** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

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（盖单位公章）： 法定代表人或联系人（签名）：

联系电话： 日 期： 年 月 日