**寿县人民医院升降平床等设备采购项目报价函**

项目编号：2024-YYCG-019

(报价必须严格按此格式，其他格式将不被接受)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 货物名称 | 要求技术参数 | 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（个） | 投标报价  （元） | 供货时间承诺 |
|  |  |  | 品牌 |  |  |  |  |  |
| 型号 |  |
| 参数 |  |

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