**西宁市第二人民医院医用冷藏箱采购项目分项报价表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **编号** | **产品名称** | **品牌** | **型号** | **单位** | **生产企业** | **第一次报价** | **降幅百分比** | **最终报价** | **法定代表人或授权代表签字并按手印** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**院领导签字： 监督人签字 ： 供货单位：（盖章）**

 **专家签字： 经办人签字 ： 法定代表人或授权代表人签字：**

**西宁市第二人民医院（盖章）**

 **日期： 年 月 日**