**医用耗材报价单**

致：信宜市人民医院

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **广东医保服务平台（医用耗材招采管理系统产品ID** | **产品名称****（注册证名称）** | **规格型号** | **包装规格** | **计量单位** | **生产厂家** | **报价****（元）** | **优惠价（元）** | **三家广州市区内三甲医院参考价（请列出单价）** |
| 　1 |  | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |  |  |
| 　2 |  | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |  |  |
| 　3 |  | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |  |  |
| 　4 |  | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |  |  |
| 　5 |  | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |  |  |
| 　6 |  | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |  |  |
| 　7 |  | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |  |  |
| 　8 |  | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |  |  |

联系人及联系方式：

经销公司名称：（签章）

备注：1、包装规格如：1条/盒，5盒//箱

 2、 规格型号：按注册证型号

 日期： 年 月 日