**中山市小榄人民医院食源性疾病病例数据智能采集上报服务采购项目报价单**

致中山市小榄人民医院：

我司经研究有关资料及相关要求后，对中山市小榄人民医院XXXXXX采购项目作出如下报价（含税金）：

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **项目名称** | **数量**  **（项）** | **单价**  **（元）** | **总价**  **（元）** |
| 1 | （表格可以根据需要增加分项） |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 合计 | ¥ | | | |
| 质保 |  | | | |
| 备注 |  | | | |

供应商名称（加盖公章）：

法定代表人或其委托人签字：

日期： 年 月 日

报价有效期：

联系人：

联系方式：