附件2.

## **个旧市中医医院报价表**

**名称：护士鞋**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **产品品牌** | **规格型号** | **生产厂家** | **质保期** | **报价（单价）** | **备注** |
|  | 夏鞋 |  |  |  |  |
|  | 冬鞋 |  |  |  |  |

**供应商： （盖章）**

**法定代表人或其委托代理人： （签字）**

**联系人：**

**年 月 日**