附件2.

## 个旧市中医医院耗材报价表

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **产品名称** | **品牌** | **规格型号** | **单位** | **报价（单价）** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**供应商： （盖章）**

**法定代表人或其委托代理人： （签字）**

**联系人： 联系电话：**

**年 月 日**