附件2.

## 个旧市中医医院耗材报价表

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **耗材名称** | **规格型号** | **生产厂家** | **质保期** | **报价** | **最小起订量** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

**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**