附件二：

**报价单**

报价日期：

客户名称：惠州仲恺高新区人民医院 报价单有效期限：

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 省平台药交ID | 产品名称 | 规格型号 | 生产厂家 | 单位 | 单价（元） | 产品注册证号 |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |

xx公司

联系人：

联系电话：