附件2：

 公司 报价单

项目名称：浙江省人民医院毕节医院2025年核医学科试剂采购项目

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **耗材名称** | **生产厂家** | **规格型号** | **注册证号** | **单位** | **数量** | **单价** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| 单价总计（本报价包含招标代理服务等成本） | 小写： |
| 大写： |

****注：本次报价为送达采购人指定地点的全部费用（包含招标代理服务费；上、下车人工费；运输费；检测费；保险费；验收前保管费（含场租费）；相关税费；验收费用；管理费用等所有费用）。**此报价里面的每项必须是整包报价，不能漏项或缺项。本项目报价为报单价，**请各潜在供应商在报价时充分考虑上述费用再报价。****

报价单位名称：           （盖章）

经办人：

联系电话：

日期：     年     月     日