****（公司名称）报价单（二次）****

****项目名称：浙江省人民医院毕节医院2025年神经内科能力提升设备采购项目****

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **产品名称** | **规格/型号** | **生产厂家** | **数量** | **单价** | **总价** | **是否为进口产品** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| 总计 | 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）。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