**耗材报价单**

**公司名称**：（盖章）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **项目名称** | **省平台产品代码** | **采购类型** | **注册证号** | **生产厂家** | **品牌** | **型号规格**  | **单位** | **价格 （元）** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**备注：**1. 产品代码是指两定机构医疗保障信息平台采购代码（产品ID）；

2. 采购类型是指两定机构医疗保障信息平台采购类型，包括中标产品、阳光采购和自行采购等。

联系人：

联系方式（手机）：

邮箱号码：