**试剂报价单**

**公司名称**：（盖章）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **项目编号** | **项目名称** | **产品名称** | **两定平台产品代码** | **注册证号** | **生产厂家** | **品牌** | **型号规格 （包括人份）** | **价格：元/盒** | **价格：元/人份** | **备注** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**备注：** 1、产品代码是指两定机构医疗保障信息平台代码；

 2、该报价需上传两定平台，且承诺不高于平台最低价。

联系人：

联系方式（手机）：

邮箱号码：