**耗材报价单**

**公司名称**：（盖章）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **项目编号** | **项目名称** | **产品注册名称** | **注册证号** | **生产厂家** | **产地品牌** | **型号规格** | **单位** | **数量** | **价格 （元）** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **合计** | | | | | | | | |  |

**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. 产品需通过电子卖场医展会采购，供应商应确保报名产品能通过医展会上架。

联系人：

联系方式（手机）：

邮箱号码：