附件2：

**三医院移动DR机X线防护产品采购报价表**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 项目名称 | 内容 | 备注 |
| 1 | 供应商名称 |  |  |
| 2 | 产品规格型号 |  |  |
| 3 | 供应商报价 | 大写（元）： |  |
| 小写（元）： |  |
| 4 | 售后服务期限 |  |  |
| 5 | 服务承诺 |  |  |

注：1、所有价格均用人民币表示，单位为元，精确到个数位。

  2、本报价包含完成该项目的一切费用。

供应商名称（盖章）：

法定代表人或授权代表签字（签字或盖章）：

日期：    年  月  日