**报价表**

项目名称：英德市人民医院工会2023年中秋节慰问品采购项目（食用油）

供应商名称：

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **标的名称** | **产地/品牌** | **产品规格** | **产品图片** | **报价**  **（人民币）** |
|  |  |  |  |  |
| **备注** | 1. **本项目最高限价为100元/份，一次性报价。** 2. 供应商须按要求填写所有信息，不得随意更改本表格式，**填写后打印**。 3. 报价应包括但不限于商品成本、包装、运输、配送、税费以及合同实施过程中不可预见费等完成本采购内容所需的一切费用。采购人不再支付报价以外的任何费用。所有价格均应以人民币报价，金额单位为元。 | | | |

供应商代表签字（加盖公章）：

联系电话：

日期：