附件2：

**医用耗材项目报价表**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **供应商名称** |  | **联系方式** |  |
| **序号** | **耗材名称** | **规格** | **单位** | **报价/元** | **生产厂家** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **供应商确认** | **本公司承诺提交的资料与上述填写信息真实、有效，如有虚假，本公司承担由此引起的一切责任。****签名确认：****公司名称：（公章）** **年 月 日** |