附件1

**自贡市妇幼保健院报价单**

公司名称： 日期： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 设备通用名称/注册证名称 | 品牌 | 规格型号 | 生产厂家 | 注册证号/备案号 | 单位 | 数量 | 价格（万元） | 质保 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**报价人签名：**

**联系电话：**