

苏州高新区人民医院 **项目报价单**

响应日期：2025 年 月 日						
客户单位	单位：苏州高新区人民医院	联系人：	杨老师	联系方式：	0512-69585039	
响应单位	报价单位（盖章）：					
	联系人：				联系方式：	
序号	货物名称	数量	单位	单价（元）	小计（元）	响应设备品牌、型号
1		1	套			
合计金额：		人民币大写： _____（ ¥ ）				
质保期：		_____年				
承诺交付周期为：		_____天				
耗材价格（第一标段填写）：						

备注：

以上报价格为一次不可更改的价格，报价包括完成项目所需的货物、人工、税费、交通、保险、利润等一切费用；