附件二：

**苏州高新区人民医院响应问询表**

 采购编号：

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 名称 | 品牌规格型号 | 偏离采购要求说明 | 单位/数量 | 单价 | 总价 |
|   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |
| 总报价（人民币大写）                                               ¥：  |

报价单位（盖章）：             联系人：                联系电话：

法定代表人或授权委托人签字：

日期：       年     月    日