**附件3**

 **报价单**

 单位：元

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **产品名称** | **注册证号****（医疗设备必填）** | **产地品牌** | **规格型号** | **数量** | **最高限价** | **第一次报单价** | **第一次报总价** | **最终报总价（**现场谈判时填写**）** |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **合计金额** | 大写： | 签名：日期： |

 **备注：**报价必须低于预算价，否则为无效报价。

报价单位（公章）：

授权联系人（签名）：

 联系电话：

 签章日期： 年 月 日