附件：1

报 价 表

项目名称：皮肤性病科购置医用冰箱服务

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 服务内容 | 数量 | 单价 |
| 医用冰箱 | 1台 |  |
| 总计 |  | |

公司名称： （盖章）

法定代表人或其委托代理人： （签字）

联系电话：

日 期 ： 年 月 日