|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **郎溪县中医院医疗器械询价函** | | | | | | | | |
| **器械名称：超乳手柄** | | | | | | | | |
| 报 价 方： | | | | | 询 价 方： 郎溪县中医院 | | | |
| 报 价 人： | | | 电 话： | | 发 件 人：段国祥 | | 电话：13865340288 | |
| 签发人： | | | 传 真： | | 签 发 人：段国祥 | | 询价日期：2022年12月08日 | |
| 报价日期： | |
| **采购货物或服务的品种、规格型号、数量及报价栏** | | | | | | | | |
| 序号 | 名称 | 型号/规格 | | 数量 | 质保期（年） | 单价 | 金额（元） | 备注 |
| 1 | 超乳手柄 | 爱尔康 690697A | | 壹 | 壹 |  |  | 请意向单位将此函报价盖章后扫描发给段科长 |
| 2 |  |  | |  |  |  |  |
| 3 |  |  | |  |  |  |  |
|  | 合计大写： 小写： | | | | | | | |
| 1、请于2022年 12 月13 日前予以报价，报价有效期： 5 天。 | | | | | | | | |
| 2、提供询价函时同时提供公司有效资质证件及产品相关证件。 | | | | | | | | |
| 3、交货方式及费用负担：供方负责送货至需方指定地点，运输费用由供方负责承担；各类税费、其他费用（包括各种不可预见费用）均包含在报价中。 | | | | | | | | |
| 4、交货期限：签订合同后3 天内交货，交货地点：郎溪县中医院 。 | | | | | | | | |
| 5、付款方式：合同签订后1个月内付清全款。 | | | | | | | | |
| 6、具体交货时间、地点、名称、品牌、规格、数量、价格等以签订的合同为准 。 | | | | | | | | |
| ***报价单位签字（盖章）：*** | | | | | | | | |

**注：未中标单位不再另行通知。**