**产品报价单**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **供应商名称** |  | **联系人及联系方式** |  |
| **产品名称** | **品牌** | **规格型号** | **医保编码** | **报价（元）** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **供应商代表签字****（单位公章）** |  |
| **报价有效期** | 年 月 日 至 年 月 日 |