**浚县新镇中心卫生院无散瞳眼底照相机**

**市场价格调查报价单**

报价单位名称（盖章）： 联系人： 联系电话： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **设备名称** | **品牌型号** | **使用年限** | **质保期** | **数量（台）** | **报价（元）** |
| 无散瞳眼底照相机 |  |  |  | 1 | 大写：  小写： |
| 我方已知悉贵单位要求的所有内容。  法人或授权代表签字： | | | | | |

后附营业执照，授权委托书，资质证书等资料加盖公章。

**浚县新镇中心卫生院光学相干断层成像CT**

**市场价格调查报价单**

报价单位名称（盖章）： 联系人： 联系电话： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **设备名称** | **品牌型号** | **使用年限** | **质保期** | **数量（台）** | **报价（元）** |
| 光学相干断层成像CT |  |  |  | 1 | 大写：  小写： |
| 我方已知悉贵单位要求的所有内容。  法人或授权代表签字： | | | | | |

后附营业执照，授权委托书，资质证书等资料加盖公章。