**附件1：谈判响应产品试剂报价清单，一式七份，加盖公章**，单独封装并在封口处加盖公司公章。

**报价清单格式要求如下表：**

 **云南省第一人民医院医用试剂谈判报价清单一览表 年 月 日**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **产品名称** | **注册证名称** | **品牌** | **货号** | **生产企业** | **规格型号** | **包装 单位** | **注册证** | **注册证效期** | **单价（元/计价单位）** | **备注** |
| **1** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **2** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **3** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**公司名称（盖章）：**

**法人签字： 联系电话：**

**授权业务代表签字： 联系电话：**

**签字确认以最终报价为准，是否能承诺云南省最低价，是□ 否□。 授权业务代表现场签字确认：**

 **签字日期（现场签字日期）：2024年 月 日**