**附件1：咨询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咨询报价清单一览表 年 月 日**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 公告项目名称 | 响应谈判产品的注册证名称 | 规格 | 注册证号 | 注册证效期 | 制造商 | 单人份价格 | 包装价格 | 备注 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **服务及补充说明：** |

**公司名称（盖章）：**

**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：**

**法人签字： 联系电话： 现场签字日期：2022年 月 日**